

Any 2017

Indicadors de salut i treball de Barcelona



C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

**Indicadors de salut i treball de
Barcelona, 2017**

Comissionada de salut

Gemma Tarafa

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Carme Borrell

Directora de Promoció de la Salut

Lucía Artazcoz

Autoria

Imma Cortès Franch
M^a Marta Arcas
Lucía Artazcoz

Servei de Salut Laboral
Agència de Salut Pública de Barcelona

Barcelona, novembre de 2018



Citació recomanada: Cortès-Franch I, Arcas M M, Artazcoz L. Indicadors de salut i treball de Barcelona, any 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018.

Índex

1. RESUM EXECUTIU	2
2. RESUMEN EJECUTIVO	4
3. EXECUTIVE SUMMARY	7
4. INTRODUCCIÓ	9
5. OBJECTIUS.....	15
5.1 TREBALL REMUNERAT	15
5.2 TREBALL DOMÈSTIC I DE CURA NO REMUNERAT	15
6. MÈTODES.....	16
6.1 TREBALL REMUNERAT	16
6.1.1 Fonts de dades.....	16
6.1.2 Població	16
6.1.3 Indicadors	16
6.2 TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT	18
6.2.1 Font de dades	18
6.2.2 Població seleccionada	19
6.2.3 Concepte de treball de cura i domèstic no remunerat	19
6.2.4 Indicadors	19
6.2.5 Anàlisi de les dades	20
7. RESULTATS.....	21
7.1 TREBALL REMUNERAT	21
7.1.1 Estructura econòmica i característiques de la població treballadora	21
7.1.2 Condicions d'ocupació.....	26
7.1.3 Estat de salut	38
7.1.4 Recursos per a la prevenció.....	52
7.2 TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT	53
7.2.2 Característiques sociodemogràfiques generals de la població	53
7.2.3 Dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar.....	56
7.2.4 Estat de salut	61
8 CONCLUSIONS.....	74
8.1 TREBALL REMUNERAT	74
8.1.2 Estructura econòmica, característiques de la població i condicions d'ocupació ..	74
8.1.3 Desigualtats en el mercat de treball i les condicions d'ocupació.....	74
8.1.4 Estat de salut i recursos per a la prevenció.....	75
8.2 TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT	76
8.2.2 Característiques generals	76
8.2.3 Dedicació al treball de cures i a les feines de la llar	76
8.2.4 Estat de salut	77
9 RECOMANACIONS	78
9.1 RECOMANACIONS PER A L'ACCIÓ	78
9.2 RECOMANACIONS PER A LA INFORMACIÓ, LA VIGILÀNCIA I LA RECERCA	79
10 REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	80

1. RESUM EXECUTIU

TREBALL REMUNERAT

L'any 2017 hi ha hagut a Barcelona 726.500 persones ocupades i 89.050 aturades. Al llarg de l'any s'ha produït una millora en termes generals del mercat de treball (més ocupació, menys atur), però han empitjorat alguns indicadors de qualitat del treball (increment de la temporalitat en ambdós sexes, especialment en dones, i augment de la jornada a temps parcial també en dones). Ha crescut el nombre d'empreses, però han disminuït les petites.

Així mateix, els indicadors analitzats mostren que tant la situació en el mercat laboral com les condicions d'ocupació han evolucionat de manera més desfavorable per a les dones: a) la disminució de l'atur en les dones no s'ha traduït en més ocupació (com si sembla que ha ocorregut en els homes) sinó que han abandonat el mercat de treball; b) la temporalitat s'ha incrementat més en les dones que en els homes i c) el treball a temps parcial, que és més freqüent en elles, s'ha incrementat, contràriament als homes en què, tot i que lleugerament, ha disminuït. L'evolució dels salaris depèn del grup d'edat i el tipus de jornada, però destaca la superior remuneració dels homes que treballen en jornada completa respecte les dones amb el mateix tipus de jornada.

Les persones treballadores més joves (16 a 24 anys) i les més grans (majors de 54 anys) han tingut una evolució més desfavorable que les d'edats intermèdies (25 a 54 anys), sobretot les més grans, en què destaca l'atur de llarga durada en les dones i la sortida del mercat de treball d'aquest grup d'edat.

Enguany ha disminuït la incidència de totes les lesions per accident de treball (LAT) i la de les malalties professionals (MP) amb baixa, mentre que ha augmentat la de les MP sense baixa i sobretot la de les malalties relacionades amb el treball (MRT), la més alta de tot el període analitzat. Les LAT *in itinere* segueixen sent les lesions greus i mortals més freqüents, mentre que han augmentat les malalties de tipus ansiós-depressiu relacionades amb el treball, especialment en els homes. En canvi, els trastorns musculoesquelètics, que són el segon tipus de MRT en freqüència, han augmentat en les dones i les ocupacions manuals i disminuït en els homes.

Així mateix, ha disminuït la capacitat de fer complir la legislació de salut i prevenció de riscos laborals, atès que s'ha reduït el personal inspector i ha augmentat la població ocupada.

TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT

Més d'un milió de persones residents a Barcelona, l'any 2017, viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic. Els grups amb més població que viu en aquests tipus de llars són les dones, les persones de 25 a 64 anys, les espanyoles, les que tenen educació secundària i les que treballen remuneradament. Els tipus de llar més freqüents són les de parella amb fills i parella sense fills.

Les dones, les persones nascudes a l'estranger, les que no tenen estudis o tenen estudis primaris i les dedicades a les feines de la llar, són els grups que amb major freqüència són responsables principals del treball de cura i domèstic no remunerat, i en aquest darrer cas també són les que hi dediquen més hores.

Les persones majors de 64 anys és el grup d'edat que amb més freqüència és responsable principal de les feines de la llar i un dels que més hores hi dedica; a més, tot i que les diferències amb els altres grups d'edat no són estadísticament significatives, els resultats suggereixen que amb més freqüència són les principals responsables de la cura de persones amb discapacitat i també de la cura de persones majors de 75 anys.

Ser la persona encarregada principal del treball de cura i domèstic no remunerat s'associa a tenir menys benestar mental, més depressió i/o ansietat i a més consum de psicofàrmacs, mentre que compartir la cura i les tasques de la llar s'associa a més benestar mental, menys consum de psicofàrmacs, i en la cura de menors de 18 anys i la dedicació a les feines de llar, també s'associa a menys ansietat i/o depressió.

L'associació més consistent de la salut amb el treball no remunerat és amb les tasques de la llar, de manera que ser la persona responsable principal d'aquesta feina s'associa a una pitjor situació en tots els indicadors de salut analitzats, excepte el mal d'esquena crònic. A més, compartir la dedicació s'associa a millor salut en tots els casos (excepte també en relació al mal d'esquena crònic) i en la major part igualment s'associa al fet que la persona responsable d'aquestes tasques sigui una altra. De manera complementària, treballar en feines domèstiques més de 14 hores a la setmana s'associa també a pitjor salut i a la manca de benestar mental.

CONCLUSIONS

Les condicions d'ocupació el 2017 han seguit una evolució heterogènia. Mentre que ha baixat l'atur i augmentat l'ocupació, ha disminuït la qualitat d'aquesta i s'han incrementat les desigualtats socials, sobretot de gènere. També l'evolució dels indicadors de salut ha estat heterogènia, amb una disminució de totes les LAT i de les MP amb baixa, i un augment de les MP sense baixa i sobretot la de les MRT. La persistència de les LAT *in itinere* com les més freqüents de les lesions greus i mortals i l'augment de les malalties de tipus ansiós-depressiu relacionades amb el treball, són dos resultats destacats.

La responsabilitat principal del treball no remunerat (de cures i domèstic) recau en les dones, les persones nascudes a l'estranger, les que no tenen estudis o tenen estudis primaris i les dedicades a les feines de la llar. Cal destacar la dedicació de les persones majors de 64 anys al treball no remunerat, sobretot a les tasques domèstiques. Ser la principal persona responsable del treball de cures i domèstic s'associa a una pitjor salut, en canvi, compartir aquestes tasques s'associa a millor salut.

RECOMANACIONS

Cal dissenyar polítiques adreçades a l'augment de l'ocupació, a la retenció en el mercat de treball, a la disminució de l'atur de llarga durada i a cobrir les necessitats econòmiques de les persones aturades que no reben prestacions econòmiques, així com a millorar la qualitat de l'ocupació, tenint en compte especialment a tres col·lectius diferenciats alhora de prioritzar tals mesures que tenen impacte en la salut: les dones, les persones majors de 54 anys i les persones menors de 25 anys. Convé també implementar intervencions adreçades a la disminució de les LAT *in itinere* greus i mortals i mesures adreçades a disminuir l'exposició als riscos psicosocials en el treball remunerat.

Per altra banda, és important valorar la priorització dels següents col·lectius a l'hora de dissenyar intervencions per a la millora de la salut relacionada amb el treball no remunerat: dones, persones nascudes a l'estranger, persones sense estudis o amb estudis primaris i persones amb situació laboral de feines de la llar. Així com definir estratègies específiques per augmentar la sensibilització per a la detecció d'aquests col·lectius i les seves necessitats en relació al treball no remunerat. Així mateix cal donar suport al treball de cura i domèstic (sobretot aquest darrer) de les persones majors de 64 anys que en són responsables principals, i atendre la salut, sobretot mental, de les persones que són les principals responsables del treball de cura i domèstic no remunerat. Cal incentivar la cura compartida així com la responsabilitat compartida del treball domèstic i augmentar els recursos públics per a la cura de persones amb necessitats especials de cura.

2. RESUMEN EJECUTIVO

TRABAJO REMUNERADO

En el año 2017 ha habido en Barcelona 726.500 personas ocupadas y 89.050 paradas. A lo largo del año se ha producido una mejora en términos generales del mercado de trabajo (más empleo, menos paro), pero han empeorado algunos indicadores de calidad del trabajo (incremento de la temporalidad en ambos sexos, especialmente en mujeres, y aumento de la jornada a tiempo parcial también en mujeres). Ha crecido el número de empresas, pero han disminuido las pequeñas.

Asimismo, los indicadores analizados muestran que tanto la situación en el mercado laboral como las condiciones de empleo han evolucionado de manera más desfavorable para las mujeres: a) la disminución del paro en las mujeres no se ha traducido en más empleo (como si parece que ha ocurrido en los hombres) sino que han abandonado el mercado de trabajo; b) la temporalidad se ha incrementado más en las mujeres que en los hombres y c) el trabajo a tiempo parcial, que es más frecuente en ellas, se ha incrementado, contrariamente a los hombres en los que, aunque ligeramente, ha disminuido. La evolución de los salarios depende del grupo de edad y el tipo de jornada, pero destaca la superior remuneración de los hombres que trabajan en jornada completa respecto a las mujeres con el mismo tipo de jornada.

Las personas trabajadoras más jóvenes (16 a 24 años) y las de más edad (mayores de 54 años) han tenido una evolución más desfavorable que las de edades intermedias (25 a 54 años), sobre todo las mayores, en las que destaca el paro de larga duración en las mujeres y la salida del mercado de trabajo de este grupo de edad.

Este año ha disminuido la incidencia de todas las lesiones por accidente de trabajo (LAT) y la de las enfermedades profesionales (EP) con baja, mientras que ha aumentado la de las EP sin baja y sobre todo la de las enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT), la más alta de todo el período analizado. Las LAT *in itinere* siguen siendo las lesiones graves y mortales más frecuentes, mientras que han aumentado las enfermedades de tipo ansioso-depresivo relacionadas con el trabajo, especialmente en los hombres. En cambio, los trastornos musculoesqueléticos, que son el segundo tipo de ERT en frecuencia, han aumentado en las mujeres y las ocupaciones manuales y disminuido en los hombres.

Asimismo, ha disminuido la capacidad de hacer cumplir la legislación de salud y prevención de riesgos laborales, habiéndose reducido el personal inspector y aumentado la población ocupada.

TRABAJO DE CUIDADO Y DOMÉSTICO NO REMUNERADO

Más de un millón de personas residentes en Barcelona, en el año 2017, viven en hogares con necesidades de trabajo de cuidado y doméstico. Los grupos con más población que vive en este tipo de hogares son las mujeres, las personas de 25 a 64 años, las españolas, las que tienen educación secundaria y las que trabajan remuneradamente. Los tipos de hogar más frecuentes son los de pareja con hijos y pareja sin hijos. Las mujeres, las personas nacidas en el extranjero, las que no tienen estudios o tienen estudios primarios y las dedicadas a las tareas del hogar, son los grupos que con mayor frecuencia son responsables principales del trabajo de cuidado y doméstico no remunerado, y en este último caso también son las que le dedican más horas.

Las personas mayores de 64 años es el grupo de edad que con más frecuencia es responsable principal de las tareas del hogar y uno de los que más horas dedica; además, aunque las diferencias con los otros grupos de edad no son estadísticamente significativas, los resultados sugieren que con más frecuencia son las principales responsables del cuidado de personas con discapacidad y también del cuidado de personas mayores de 75 años.

Ser la persona encargada principal del trabajo de cuidado y doméstico no remunerado se asocia a tener menos bienestar mental, más depresión y / o ansiedad y a más consumo de psicofármacos, mientras que compartir el cuidado y las tareas del hogar se asocia a más bienestar mental, menos consumo de psicofármacos, y en el cuidado de menores de 18 años y la dedicación a las tareas del hogar, también se asocia a menos ansiedad y / o depresión.

La asociación más consistente de la salud con el trabajo no remunerado es con las tareas del hogar, de manera que ser la persona responsable principal de este trabajo se asocia a una peor situación en todos los indicadores de salud analizados, excepto el dolor de espalda crónico. Además, compartir la dedicación se asocia a mejor salud en todos los casos (excepto también en relación al dolor de espalda crónico) y en la mayor parte igualmente se asocia a que la persona responsable de estas tareas sea otra. De manera complementaria, trabajar en tareas domésticas más de 14 horas a la semana se asocia también a peor salud y a la falta de bienestar mental.

CONCLUSIONES

Las condiciones de empleo en 2017 han seguido una evolución heterogénea. Mientras que ha bajado el paro y aumentado el empleo, ha disminuido la calidad de éste y se han incrementado las desigualdades sociales, sobre todo de género. También la evolución de los indicadores de salud ha sido heterogénea, con una disminución de todas las LAT y de las EP con baja, y un aumento de las EP sin baja y sobre todo la de las ERT. La persistencia de las LAT *in itinere* como las más frecuentes de las lesiones graves y mortales y el aumento de las enfermedades de tipo ansioso-depresivo relacionadas con el trabajo, son dos resultados destacados.

La responsabilidad principal del trabajo no remunerado (de cuidado y doméstico) recae en las mujeres, las personas nacidas en el extranjero, las que no tienen estudios o tienen estudios primarios y las dedicadas a las labores del hogar. Cabe destacar la dedicación de las personas mayores de 64 años al trabajo no remunerado, sobre todo en las tareas domésticas. Ser la principal persona responsable del trabajo de cuidado y doméstico se asocia a una peor salud, en cambio, compartir estas tareas se asocia a mejor salud.

RECOMENDACIONES

Hay que diseñar políticas dirigidas al aumento del empleo, a la retención en el mercado de trabajo, a la disminución del paro de larga duración y a cubrir las necesidades económicas de las personas paradas que no reciben prestaciones económicas, así como mejorar la calidad del empleo, teniendo en cuenta especialmente a tres colectivos diferenciados en la priorización de tales medidas que tienen impacto en la salud: las mujeres, las personas mayores de 54 años y las personas menores de 25 años. Conviene también implementar intervenciones dirigidas a la disminución de las LAT *in itinere* graves y mortales y medidas dirigidas a disminuir la exposición a los riesgos psicosociales en el trabajo.

Por otra parte, es importante valorar la priorización de los siguientes colectivos a la hora de diseñar intervenciones para la mejora de la salud relacionada con el trabajo no remunerado: mujeres, personas nacidas en el extranjero, personas sin estudios o con estudios primarios y personas con situación laboral de tareas del hogar. Así como definir estrategias específicas para aumentar la sensibilización para la detección de estos colectivos y sus necesidades en relación al trabajo no remunerado. Asimismo hay que apoyar el trabajo de cuidado y doméstico (sobre todo este último) de las personas mayores de 64 años que son responsables principales, y atender la salud, sobre todo mental, de las personas que son las principales responsables del trabajo de cuidado y doméstico no remunerado. Hay que incentivar el cuidado compartido así como la responsabilidad compartida del trabajo doméstico y aumentar los recursos públicos para el cuidado de personas con necesidades especiales de cuidado.

3. EXECUTIVE SUMMARY

PAID WORK

In 2017 Barcelona had 726,500 employed people and 89,050 unemployed. Throughout the year there has been an improvement, in general terms, of the labor market (more employment, less unemployment), but some job quality indicators have worsened (temporary work has increased in both sexes, especially in women, and part-time work has increased in women). The overall number of companies has grown, while the number of small ones has decreased.

Similarly, the analyzed indicators show that both the situation in the labor market and employment conditions have evolved more unfavorably for women: a) the unemployment decline among women has not resulted in more employment (contrary to what probably happens among men) but rather in abandonment of the labor market; b) temporality has increased more among women than men and c) part-time work, more frequent among women, has increased, contrary to men who show a slight decrease. Salaries' evolution depends on the age group and the type of work, but the higher remuneration of men with full-time work is remarkable in relation to women with full-time work.

Younger workers (16 to 24 years old) and older too (over 54 years old), have had a more unfavorable evolution than those of intermediate ages (25 to 54 years old). In the oldest group there are two remarkable indicators: long-term unemployment in women and abandonment of the labor market of this age group.

In 2017 the incidence of all types of occupational injuries (OI), as well as those of occupational diseases (OD) with sick leave, have decreased, while OD without sick leave incidence has increased. Work-related illnesses (WRI) have shown the highest incidence throughout the whole analysis period. OI *in itinere* continue being the most frequent severe and fatal injuries, while anxiety and depression related to work have increased, especially in men. In contrast, musculoskeletal disorders, which are the second most frequent WRI, have increased in women and in manual occupations, while decreasing in men.

At the same time, the capacity to enforce health legislation and prevention of occupational hazards has fallen off due to the fact that the inspection staff has been reduced and the employed population has increased.

UNPAID CAREGIVING AND DOMESTIC WORK

In 2017 more than a million people living in Barcelona live in homes requiring care and housework. The groups with the most population that live in these types of homes are women, people aged 25-64, Spanish people, those with secondary education and those with paid jobs. The most common types of home are those composed of a couple with children and a couple without children. Women, people born abroad, those without studies or who have only primary education and those dedicated to housework, are the groups that most frequently are mainly responsible for unpaid care and housework at home, and in this last case, dedicate more hours.

People over 64 are the age group most often mainly responsible for housework and the one that dedicates most hours to it. In addition, results suggest that more often they are mainly responsible for the care of people with disabilities as well as for the care of people over 75, though differences with other age groups are not statistically significant.

Being the principal person in charge of unpaid care and housework is associated with less mental well-being, more depression and / or anxiety and higher psychotropic drug use intake, while sharing care and domestic work is more associated with mental well-being, less psychotropics use and, in the case of caring for children under 18 and dedication to housework, with less anxiety and / or depression.

The most consistent association of health with unpaid work is with household tasks. Thus, being the person responsible for this work is associated with a worse situation in all health indicators analyzed, except for chronic back pain. Sharing the dedication, on the other hand, is associated with better health in all cases (except, again, in relation to chronic back pain), and in most cases better health is also associated with the fact that the person responsible for these tasks is another. Furthermore, working in domestic tasks more than 14 hours per week is also associated with poorer health and lack of mental well-being.

CONCLUSIONS

Employment conditions in 2017 had a heterogeneous evolution. Unemployment has decreased and employment has increased, while employment quality has decreased and social inequalities have increased, especially gender ones. Also, the evolution of health indicators has been heterogeneous, with a decrease in all OI and OD with sick leave, and an increase in OD without sick leave, especially in WRD. The persistence of OI *in itinere* as the most frequent severe and fatal injuries and the increase in work-related anxiety-depressive diseases are two outstanding results.

The main responsibility for unpaid work (care and domestic) falls to women, foreign-born people, those who do not have studies or have only primary education and those dedicated to housework. The dedication of people over 64 years to unpaid work, especially to domestic tasks is worth mentioning. Being the main person responsible for caring and domestic work is associated with worse health, whereas sharing these tasks is associated with better health.

RECOMMENDATIONS

It is necessary to design policies aimed at increasing employment, prevent people from abandoning the labor market, reducing long-term unemployment and meeting the economic needs of unemployed people who do not receive economic benefits, as well as improving job quality, especially considering three different groups while prioritizing such measures that have an impact on health: women, people over 54 and people under 25 years of age. It is also convenient to implement interventions aimed at reducing the severe and fatal OI *in itinere* along with measures aimed at reducing exposure to psychosocial risks at work.

On the other hand, it is important to assess the prioritization of the following groups when designing interventions for the improvement of health related to unpaid work: women, people born abroad, people without studies or with only primary studies and people whose job situation is housework. It is also advisable to define specific strategies to increase sensitization for the detection of these groups and their needs in relation to unpaid work and to support caregiving and domestic work (especially the latter) among of those over the age of 64 who are primarily responsible, and attend to the health, especially mental, of those who are mainly responsible for unpaid care and domestic work. Shared care and responsibility for domestic work must be encouraged and public resources increased for the care of people with special needs.

4. INTRODUCCIÓ

Els determinants socials de la salut són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes circumstàncies estan determinades per la distribució dels diners, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local. Els determinants socials de la salut són els principals responsables de les desigualtats en salut, és a dir, les diferències injustes i evitables en l'estat de salut entre els diferents grups socials (World Health Organisation, n.d.).

El treball i les condicions en què aquest es realitza és un dels determinants més importants de la salut i el benestar de les persones adultes. A continuació es presenta un marc conceptual per explicar l'impacte del treball en la salut i el benestar de les persones (Figura 1) i la generació de desigualtats en salut i benestar a nivell poblacional (Figura 2). Integra el treball remunerat i el no remunerat amb la divisió de gènere del treball com a determinant intermediari clau. Per a definir-lo s'han adaptat i integrat tres marcs conceptuals: 1) el marc dels determinants de les desigualtats socials en salut de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015), 2) el model conceptual del treball precari, la salut i la qualitat de vida de Benach J et al. (Benach, Vives, et al., 2014) i 3) el marc de les desigualtats en la salut relacionades amb el treball de cures de familiars de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) (María Salvador-Piedrafita et al., 2018).

Figura 1. Marc conceptual dels determinants de la salut relacionada amb el treball

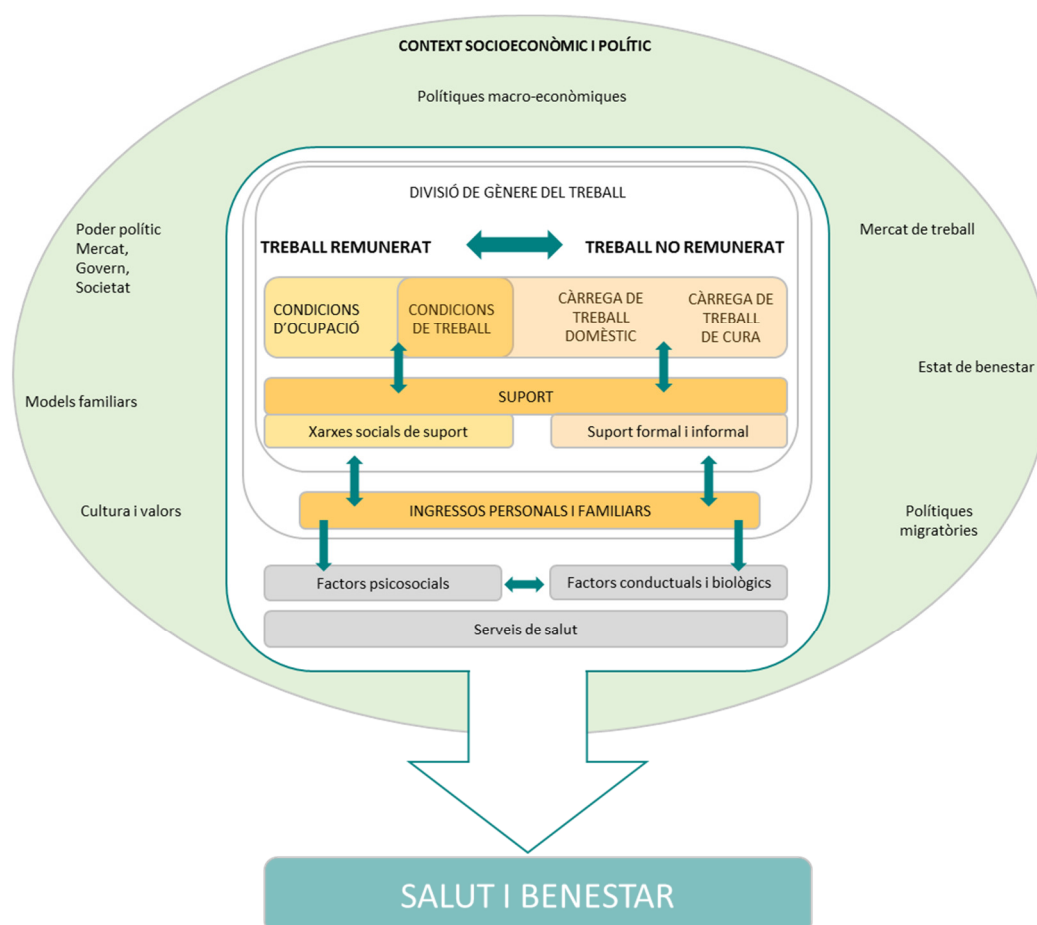
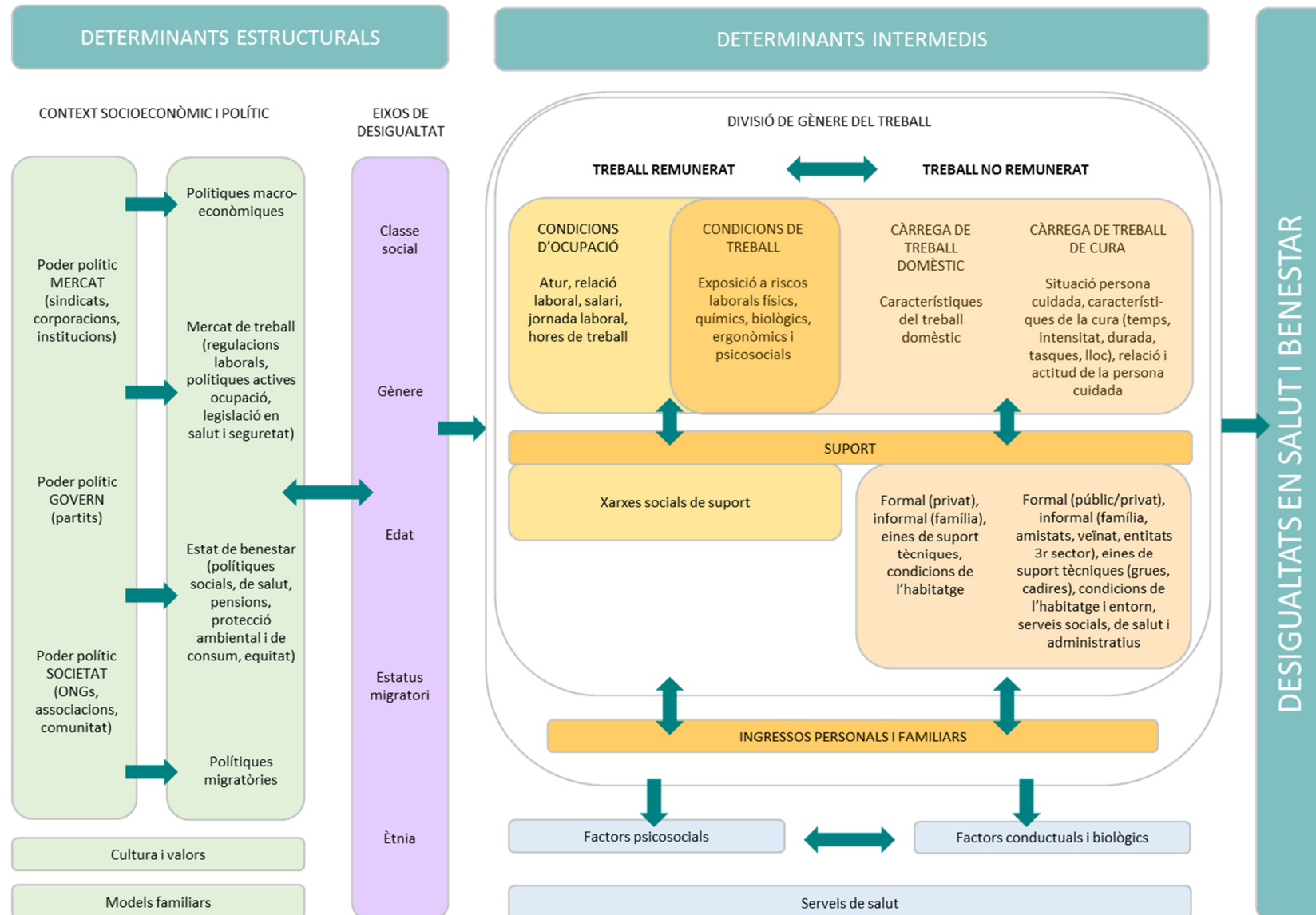


Figura 2. Marc conceptual dels determinants de la salut relacionada amb el treball i de les desigualtats en la salut relacionada amb el treball



4.1 DETERMINANTS ESTRUCTURALS

Les condicions en què les persones viuen i moren estan determinades per forces polítiques, socials i econòmiques (CSDH, 2008), que en aquest model s'organitzen en el context socioeconòmic i polític i l'estructura social, destacant-ne els eixos de desigualtat (Figura 2).

4.1.1 Context socioeconòmic i polític

El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recursos dins d'ella.

El primer element a considerar és el poder polític; segons la seva distribució entre el mercat, el govern i la societat, es determinen polítiques que tenen impacte en l'organització del treball remunerat i no remunerat i en darrer terme en la salut i el benestar i en les desigualtats en salut i benestar relacionades amb el treball. Es distingeixen quatre grups de polítiques: a) polítiques macroeconòmiques, b) mercat de treball que inclou polítiques d'ocupació, normativa que regula les relacions laborals, així com legislació en salut i seguretat, c) polítiques d'estat del benestar que inclouen polítiques com les socials, de salut o pensions i d) polítiques migratòries.

Aquestes polítiques influeixen en els dos àmbits de treball considerats. Per exemple, les polítiques macroeconòmiques. En les crisis econòmiques el treball domèstic i de cura pateix un triple efecte: disminueix el treball remunerat, augmenta el remunerat informal i sobretot el no remunerat (Gálvez & Rodríguez, 2012).

L'estat del benestar i el mercat laboral estan estretament imbricats. Per exemple, la protecció social durant l'atur varia segons l'estat del benestar, de manera que els països del sud d'Europa ocupen la darrera posició en la generositat de les prestacions d'atur (Bambra & Eikemo, 2009). La generositat de la prestació d'atur s'ha associat amb un efecte positiu en la salut mental (Ferrarini & Sjöberg, 2010; O'Campo et al., 2015), en canvi, els sistemes més restrictius s'han relacionat amb un efecte pitjor sobre aquesta (Cylus, Glymour, & Avendano, 2014).

La regulació del mercat laboral, a més d'influir en les condicions d'ocupació i treball remunerat, té un efecte en el treball domèstic i de cura no remunerat. Per exemple en relació a les regulacions de la jornada laboral que determinen l'organització dels temps de cura i els ritmes de treball o conciliació laboral (Kümmerling & Lehndorff, 2014; Mutari & Figart, 2001).

La normativa d'estrangeria vigent a l'Estat espanyol des del 1985 ha fet molt inaccessible l'entrada legal de persones estrangeres per incorporar-se al mercat laboral. En canvi, la demanda de mà d'obra immigrada ha anat creixent. La conjunció d'ambdós factors ha provocat que la major part de les persones immigrants que avui treballen aquí, hagin fet la seva primera entrada de forma irregular i, per tant, hagin passat per un període més o menys llarg d'economia submergida (Recio, Parella, Pajares, & Sabad, 2007). D'altra banda, un alt percentatge de la població migrant (sobretot dones) troba feina per les oportunitats laborals en l'àmbit de les cures, fonamentalment a l'entorn de la llar (Gil Araujo & González-Fernández, 2014).

El model familiar és un altre aspecte contextual a considerar. Els països del sud d'Europa es defineixen per un fort "familialisme": un model de solidaritat familiar caracteritzat per una divisió asimètrica de gènere del treball, baixa participació femenina en el mercat laboral, el paper essencial de les dones en la cura de familiars i la prestació de pocs serveis assistencials i escassos subsidis familiars per part de l'estat (Naldini & Jurado, 2013). En el context de la crisi econòmica, aquest model s'ha associat amb un mal estat de salut en ambdós sexes, però de forma més consistent en les dones (L Artazcoz et al., 2013).

4.1.2 Eixos de desigualtat

Els diferents eixos de desigualtat, com són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia o la raça, i el territori de procedència o de residència, determinen jerarquies de poder en la societat que repercuteixen en les oportunitats de tenir una bona salut a través de l'exposició als determinants intermedis.

Les persones de classe social més desfavorida (per exemple treballadores en ocupacions manuals) tenen més trastorns de salut físics i mentals i també una mortalitat més elevada (Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomäki, 2004; Marmot et al., 1991; Stansfeld, Head, & Marmot, 1997). Aquest fet s'explica per la major exposició a males condicions d'ocupació i treball (riscos de diferent naturalesa) (Stansfeld et al., 1997), juntament amb una major vulnerabilitat a condicions adverses de treball i ocupació (Moortel, Vandenheede, Muntaner, & Vanroelen, 2014).

A més de les diferències biològiques, dones i homes difereixen en la seva socialització que determina diferents valors, actituds i conductes. La profunda divisió de gènere del treball (determinant intermedi en aquest model) determina diferents expectatives i posicions per a dones i homes i, com a conseqüència, desigualtats en el poder i en l'accés als recursos i oportunitats, així com als riscos als que estan exposats uns i altres. A més, els treballs de les dones són menys valorats en termes econòmics i de prestigi i considerats de menys risc per a la salut. (Plantenga & Chantal, 2007). Això es tradueix en pitjors condicions laborals per a les dones, menors salaris i una doble càrrega de treball fora i dins de la llar que repercuteix en el seu estat de salut.

La construcció de la ciutadania en termes laborals (la tinença d'un contracte de treball) es troba en la base del sistema d'immigració/estrangeria i constitueix el punt de partida de les desigualtats en el mercat de treball que afecten la població immigrada estrangera (Recio et al., 2007). Hi ha evidència d'una major morbiditat i mortalitat laboral de les persones immigrants, així com unes pitjors condicions de treball i ocupació, fins i tot en ocupacions similars. S'ha descrit un risc més alt d'exposició a riscos laborals, de lesions per accident de treball, de malalties professionals (Schenker, 2010) i de discriminació. Aquesta darrera, caracteritzada per experiències de racisme, maltractaments, condicions precàries de treball i limitació de l'accés a determinats llocs de treball, pot afectar la salut mental i és un factor decisiu pel que fa a l'accés als serveis sanitaris (Agudelo-Suárez et al., 2009).

L'edat (més enllà de les seves implicacions biològiques) pot determinar desigualtats en salut lligades a processos de discriminació i segregació. La discriminació per motius d'edat (edatisme), a diferència dels altres motius de discriminació, no sol ser il·legal, la

qual cosa pot fomentar la percepció entre les persones empresàries que és legítim i just discriminar per motius d'edat (Redman & Snape, 2006). L'edatisme s'ha associat a disminució de l'autoestima, satisfacció laboral, sentiments de control personal, compromís organitzatiu i implicació laboral, així com a conseqüències psicològiques negatives i augment de la intenció de retirar-se (Redman & Snape, 2006).

4.2 DETERMINANTS INTERMEDIS

L'estructura social determina desigualtats en els factors intermedis, els quals, al seu torn, determinen desigualtats en salut i benestar. Aquests factors inclouen en primer lloc els recursos materials que són: a) condicions d'ocupació (atur, relació laboral, salari, jornada laboral, hores de treball) i treball (riscos físics, químics, biològics, ergonòmics i psicosocials), b) càrrega de treball no remunerat (tasques domèstiques i de cura de les persones), c) suport social i d) ingressos i situació econòmica.

El primer element a considerar és la divisió de gènere del treball. Significa que els homes i les dones tenen assignades diferents funcions i responsabilitats, així com diferents drets. Majoritàriament les dones tenen la responsabilitat del treball domèstic i de cura de la llar, mentre que els homes tenen un paper primordial en el treball remunerat i la responsabilitat principal de proveir de recursos a la llar (Doyal, 2000).

La segregació de gènere horitzontal i vertical està present en ambdós àmbits de treball. En l'entorn remunerat, homes i dones ocupen llocs de treball diferents, realitzen tasques diferents i els homes amb més freqüència ocupen llocs de responsabilitat. En l'àmbit de la llar, les dones són les principals responsables del treball de cura, mentre que la major part del treball domèstic és responsabilitat també de les dones (tasques de cuinar, netejar, planxar) i els homes se solen ocupar de les petites reparacions i el manteniment del vehicle. El poder sobre les decisions que es prenen a la llar, incloent la distribució de tasques, pertany sobretot als homes. En ambdós àmbits existeix una potencial exposició a riscos laborals, però se'n té un coneixement molt superior en l'entorn del treball remunerat, tot i que els estudis han aprofundit més en els riscos laborals i els problemes de salut associats dels homes (Lucía Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007). Sí que es té un coneixement més ampli del treball de cures no remunerat: pot tenir un efecte positiu en el benestar de les persones que cuiden (Roth, Fredman, & Haley, 2015), però també té efectes adversos en la seva salut i benestar, ateses les condicions de sobrecàrrega habituals en el nostre context (J. García, 2010). S'ha descrit pitjor salut física i autopercebuda (Pérez et al., 2015; M Salvador-Piedrafita, Malmusi, & Borrell, 2017), així com més depressió, ansietat, estrès i malestar (Roca Roger et al., 2000).

Val a dir que la divisió de gènere del treball, així com la segregació horitzontal i vertical i la conseqüent exposició diferencial als riscos laborals, contribueixen a diferents patrons de morbiditat i mortalitat: els homes tenen més malalties greus i majors taxes de mortalitat (més lesions greus i mortals per accident laboral, per exemple) i les dones viuen més temps però amb més malalties cròniques (més malalties musculoesquelètiques relacionades amb riscos ergonòmics, per exemple), discapacitats i pitjor salut mental (relacionada aquesta darrera, sobretot, amb els riscos psicosocials) (Sen, Östlin, & George, 2007).

El treball remunerat i el treball de cures i domèstic no remunerat es veuen mútuament influïts. Així, la dedicació al segon pot restar temps i oportunitats en el mercat laboral i viceversa. Habitualment són les dones qui es troben en aquesta situació i per tant les que pateixen la precarietat, la pobresa i la manca de drets que s'hi associen. Les que no veuen disminuïda la seva dedicació al mercat laboral pateixen les conseqüències en la salut de les conegudes com dobles o triples jornades (L Artazcoz et al., 2013).

El suport (emocional i instrumental) modera els efectes de les condicions dels dos àmbits laborals. Les xarxes socials de suport tenen un efecte positiu en la salut i el benestar, per exemple de les persones en atur, entre les què disposar d'una xarxa de persones de suport (parella, amics, familiars) modera l'efecte negatiu de l'atur en la seva salut i benestar (Gore, 1978). En el cas del treball de cures no remunerat, el suport pot ser formal (serveis o prestacions públiques o privades) o informal (familiars, amistats, voluntariat). Les desigualtats en la salut entre les cuidadores i qui no cuida són menors en aquells països amb major desenvolupament de polítiques de suport formal al treball de cures (Verbakel, 2014).

Els ingressos personals i familiars influeixen en el treball remunerat i no remunerat, per exemple quant al temps de dedicació. La major disponibilitat de recursos econòmics permet pagar treball domèstic i de cura a altres persones (més freqüentment dones) i disminuir-ne la càrrega a les persones que se'n fan càrrec a la llar (més freqüentment, també, dones). S'ha demostrat que quan hi ha una persona contractada per dedicar-se a aquestes tasques, la salut de les dones que compaginen el treball remunerat i el treball domèstic i de cures no remunerat és millor que les que no disposen d'aquest recurs (Arcas, Novoa, & Artazcoz, 2013).

Els recursos materials influeixen en els processos psicosocials com la falta de control i les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius); i també en les conductes amb influència en la salut i els processos biològics que de tot això en deriven. D'alta banda, els factors genètics, que són importants en l'etiologia de moltes malalties, tenen un paper menor a l'hora d'explicar els principals mecanismes i l'impacte del treball en la creació de desigualtats en salut (Benach, Muntaner, Solar, Santana, & Quinlan, 2014).

Finalment, cal tenir en compte el sistema de salut. Encara que els serveis sanitaris en si mateixos contribueixen molt poc a la generació de desigualtats en salut, en alguns casos poden ser determinants, com per exemple en les dones migrants que treballen en la cura i el treball domèstic remunerat, que s'enfronten a barreres per accedir a l'atenció sanitària i gaudeixen de poca protecció laboral i social (World Health Organisation, 2017). En l'àmbit del treball remunerat, cal mencionar també els sistemes de reconeixement de malalties professionals i l'atorgament de les compensacions i actuacions que se'n deriven. S'han descrit desigualtats de gènere (situació desfavorable per a les dones) en l'atorgament de compensacions per malalties laborals (World Health Organisation, 2004) i en el reconeixement i compensació de discapacitat psicològica causada per l'estrès laboral (Lippel, 1999).

5. OBJECTIUS

5.1 TREBALL REMUNERAT

- a) Monitorar l'evolució del mercat de treball de Barcelona.
- b) Monitorar les tendències de les condicions d'ocupació i els trastorns de salut laboral.
- c) Detectar canvis en alguns determinants de la salut (característiques del mercat laboral, condicions d'ocupació, recursos per a la prevenció).
- d) Identificar canvis en les condicions de treball i d'ocupació i els trastorns de salut laboral segons els eixos de desigualtat social.

5.2 TREBALL DOMÈSTIC I DE CURA NO REMUNERAT

- e) Monitorar les característiques sociodemogràfiques de la població resident a Barcelona que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic.
- f) Monitorar la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar de la població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic.
- g) Monitorar l'estat de salut segons la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar de la població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic.
- h) Detectar canvis en la dedicació no remunerada a la cura de persones i a les feines de la llar segons els eixos de desigualtat social.

A més d'aquests objectius principals, també s'inclouen els següents objectius secundaris:

- i) Guiar la planificació, execució i avaluació de programes per prevenir i controlar malalties, lesions o exposicions de risc.
- j) Contribuir a la priorització en l'assignació de recursos.
- k) Contribuir a l'avaluació de les intervencions preventives.

6. MÈTODES

6.1 TREBALL REMUNERAT

6.1.1 Fonts de dades

S'han utilitzat cinc fonts de dades pel càlcul d'indicadors del treball remunerat, són les següents:

- Enquesta de Població Activa (EPA) de l'Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Mostra Continua de Vides Laborals de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
- Registre d'Accidents de Treball.
- Sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social (CEPROSS).
- Registre de Malalties Relacionades amb el Treball.

Les entitats proveïdores de les dades són les següents:

- Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona (DEAB).
- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya (DTASF).
- Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).
- Inspecció de Treball de Catalunya.

En l'apartat de resultats es defineix cada indicador, el seu càlcul, així com la font d'informació i l'entitat proveïdora.

6.1.2 Població

La població inclosa són les persones en situació laboral activa de 16 anys o més. Pel càlcul de la major part dels indicadors s'han tingut en compte les persones residents a Barcelona, mentre que per alguns dels indicadors les persones incloses són les que estan donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona (empreses i persones treballadores segons la grandària de l'empresa, empreses segons sector econòmic i els indicadors referits a lesions per accident de treball i malalties professionals). D'altra banda, dos dels indicadors es refereixen a persones que ocupen llocs de treball situats a Barcelona (contractació temporal i personal inspector de treball).

6.1.3 Indicadors

El sistema d'indicadors que es descriuen a continuació estan estructurats en cinc grups, d'acord amb les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (Rantanen et al., 2001):

- *Estructura econòmica i característiques de la població treballadora*

La informació que recull aquest apartat i el següent permet caracteritzar la població activa de Barcelona segons grans trets atenent a algunes característiques de les condicions de treball i ocupació relacionades amb la salut de la població.

Pel càlcul dels dos darrers indicadors d'aquest apartat, els referits a les empreses, s'ha utilitzat el compte de cotització a la Seguretat Social com una aproximació al nombre d'empreses ubicades a Barcelona i de treballadors i treballadores ubicades en les empreses, independentment de la seva residència. El compte de cotització a la Seguretat Social està constituït per un conjunt de persones treballadores per compte aliena, que desenvolupen la seva activitat laboral en un o més centres de treball d'una mateixa empresa, en una mateixa província i generalment sota una mateixa activitat principal, però no necessàriament, i amb

característiques homogènies en relació a la cotització a la Seguretat Social. Pel càlcul del nombre de persones que treballen en empreses de la ciutat pot existir algun biaix atès que la xifra d'afiliats i afiliades als comptes de cotització situats a la ciutat de Barcelona, no permet conèixer amb exactitud la situació laboral de les persones residents a Barcelona (hi poden haver persones treballadores que resideixen en altres municipis), ni tampoc els llocs de treball efectivament localitzats a la ciutat (hi poden haver treballadors i treballadores que pertanyen a una mateixa empresa que treballen en altres municipis de la província de Barcelona i persones treballadores de la ciutat adscrites al compte de cotització de la seva empresa domiciliat a un altre municipi de la província). Els indicadors calculats són els següents:

- Taxa d'activitat segons sexe i edat.
- Població activa segons sexe, edat, nivell de formació i nacionalitat.
- Empreses i persones treballadores segons la grandària de l'empresa.
- Empreses segons sector econòmic.

- *Condicions d'ocupació*

Els indicadors calculats en aquest apartat són els següents:

- Població ocupada segons sexe, edat, nivell de formació i nacionalitat.
- Taxa d'atur segons sexe i edat.
- Atur de llarga durada segons sexe i edat.
- Atur sense cobertura.
- Taxa de temporalitat.
- Contractació temporal segons sexe, edat, nacionalitat i durada (inferior a 1 mes).
- Població ocupada no assalariada.
- Treball a temps parcial segons sexe.
- Salari segons sexe, edat i jornada.

- *Estat de salut*

L'estat de salut s'ha caracteritzat mitjançant indicadors de tres tipus de problemes de salut: lesions per accident de treball (LAT), malalties professionals (MP) i malalties relacionades amb el treball (MRT). Per a cada grup s'ha tingut en compte el tipus o diagnòstic i s'han analitzat segons el sexe i la classe social ocupacional en dos grups (no manual i manual), seguint la classificació proposada per Domingo-Salvany et al. (Domingo-Salvany et al., 2013). Els indicadors calculats són els següents:

- Incidència de lesions mortals, greus i lleus per accident de treball amb baixa.
- Incidència de malalties professionals amb baixa i sense baixa.
- Incidència de malalties relacionades amb el treball.
- Tipus de lesions greus i mortals per accident de treball amb baixa segons sexe i classe social ocupacional.
- Tipus de malalties professionals amb baixa segons sexe i classe social ocupacional.
- Tipus de malalties relacionades amb el treball segons sexe i classe social ocupacional.

Respecte els indicadors que recullen informació sobre les LAT i MP, cal tenir en compte algunes consideracions. Malgrat s'han descrit diferents limitacions en relació al registre d'aquests problemes de salut [com per exemple que es recullen fora de l'estructura de la salut pública, que estan basats en dades notificades majoritàriament per les persones empresàries, que existeix un important subregistre (especialment pel que fa a les MP) que reflecteix més la cobertura dels sistemes de compensació i dels sistemes de notificació que no pas la incidència real d'aquestes malalties (A. García & Gadea, 2008)], s'inclouen en la major part de sistemes d'informació en salut laboral (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; European Agency for Safety and Health at Work, 2003; Rantanen et al., 2001). Per exemple, l'OMS inclou la incidència de MP com un indicador bàsic dels sistemes d'informació en salut laboral per

l'interès que tenen aquests trastorns i a més recomana incloure aquesta informació en els sistemes locals, ja que a aquest nivell permet la comparació dins el mateix país i també la monitorització del seu comportament.

D'altra banda, pel càlcul d'un dels indicadors de les LAT se'n tenen en compte quatre tipus: *in itinere*, no traumàtics, de trànsit en jornada laboral i traumàtics en jornada laboral. D'aquesta manera se separen els accidents en funció de la relació amb diferents condicions de treball i al mateix temps permet comparar amb dades d'altres indrets de l'Estat i d'altres sistemes d'informació en salut laboral basats en la proposta de l'OMS.

Pel càlcul dels denominadors de les incidències de LAT i MP s'utilitza la població ocupada donada d'alta al règim general de la Seguretat Social, que és el majoritari^a (s'utilitza l'expressió població afiliada). El numerador es refereix a totes les LAT o MP ocorregudes en persones que tenen cobertes les contingències professionals, això significa que a més del règim esmentat hi pot haver LAT i MP ocorregudes en persones en altres situacions minoritàries, com les persones autònomes que tenen cobertes aquestes contingències. Un altre aspecte que cal tenir en compte en relació tant als numeradors com als denominadors és que es refereixen a persones donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i per tant el centre de treball podria estar localitzat en un altre municipi.

Les formes d'obtenció d'informació més habituals respecte les MRT són les enquestes, els registres específics i, en els casos que existeixen, els sistemes de notificació basats en una xarxa de metges sentinella. L'OMS considera que aquests tipus de trastorns encara estan en fase de recerca i que no es poden mesurar directament amb mètodes establerts que permetin construir indicadors, per tant ara per ara no els recomana entre els indicadors bàsics per la manca de comparabilitat entre països. Malgrat això, destaca l'interès d'aquesta informació en els àmbits en què se'n disposi, motiu pel qual s'han inclòs indicadors obtinguts del sistema de vigilància de MRT *Treball al CAP* de la Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona, que són notificades pels professionals dels Centres d'Atenció Primària (CAP) de la ciutat.

- *Recursos per a la prevenció*

La informació sobre els recursos per a la intervenció és un aspecte molt rellevant en qualsevol sistema d'informació en salut laboral. Donada la manca d'informació a nivell local es proposa utilitzar un indicador habitual en aquests sistemes que no ha estat utilitzat abans a Barcelona (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; European Agency for Safety and Health at Work, 2003), és el següent:

- Capacitat de fer complir la legislació específica de salut i prevenció de riscos laborals.

El numerador de l'indicador es refereix al nombre d'inspectors i inspectores de la Seguretat Social amb àmbit d'actuació a la província de Barcelona, però que atesa l'organització d'aquesta institució, és el mateix personal que actua a nivell de la ciutat de Barcelona.

6.2 TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT

6.2.1 Font de dades

Pel càlcul dels indicadors del treball de cura i domèstic no remunerat s'han utilitzat dades procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA)^b de l'any 2017.

^a A partir del 2n trimestre de 2012 inclou el Règim Especial, a extingir.

^b Enquesta de Salut de Catalunya: <https://bit.ly/2luRgmK>

6.2.2 Població seleccionada

S'han seleccionat les persones majors de 15 anys residents a Barcelona ciutat, que viuen en una llar on potencialment han de realitzar treball domèstic i de cura no remunerat, que no tenen cap discapacitat o limitació funcional i que van respondre el qüestionari general d'adults de l'ESCA-2017.

Amb aquesta selecció es pretén captar aquelles persones que viuen amb altres que poden requerir cures i/o en un entorn on pot haver un volum de feines de la llar a distribuir entre els convivents. Amb aquest objectiu s'han seleccionat les persones que viuen en llars amb parella sense fills ni altres familiars, les que viuen amb parella i fills i/o altres familiars i també les llars monoparentals amb fills i altres persones. Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses.

Al llarg de l'informe s'utilitza l'expressió "persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic" per referir-se a aquesta població seleccionada.

6.2.3 Concepte de treball de cura i domèstic no remunerat

En aquest informe el treball de cura i domèstic no remunerat es refereix al que inclou les feines de la llar i les activitats de cura de persones dependents que conviuen a la llar.

Dins de les feines de la llar s'inclouen les activitats de compra, cuina, neteja, planxa, etc.

Dins de les persones dependents es distingeixen les persones menors de 18 anys i les persones de 75 anys i més, sense discapacitats en ambdós casos, i les persones amb alguna discapacitat, entenent que totes elles potencialment poden requerir cures.

6.2.4 Indicadors

• *Característiques sociodemogràfiques generals de la població*

En aquest apartat es mostra la distribució dels tipus de llar en els quals viuen les persones seleccionades i la distribució d'aquesta població segons algunes variables sociodemogràfiques com són el sexe, l'edat, el país d'origen (diferenciant entre persones nascudes a Espanya i persones nascudes a l'estranger), el nivell d'estudis (en tres grups: estudis primaris o sense estudis, secundaris i universitaris) i la situació laboral de la persona (en cinc categories: treballa en el moment de l'enquesta^c, està aturada, jubilada, es dedica únicament a la realització de feines de la llar de manera no remunerada i altres situacions –p. ex. estudiants, persones en situació d'invalidesa permanent^d-). Els indicadors calculats són el següents:

- Tipologia de les llars amb necessitats de treball de cura i domèstic.
- Població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral.
- Taxa de població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral.

• *Dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar*

En aquest apartat es mostra el grau de dedicació al treball domèstic i de cura no remunerat de la població seleccionada, segons les seves característiques sociodemogràfiques. Per obtenir aquest grau de dedicació s'han utilitzat les respostes a les preguntes de l'ESCA-2017 que demanen a la persona entrevistada qui s'ocupa principalment de la cura de persones dependents que conviuen a la seva llar o de les feines de llar (i quantes hores s'hi dedica).

^c La categoria "treballa" inclou persones que es troben en situació d'incapacitat temporal de 3 mesos o més.

^d Les persones en situació d'invalidesa permanent incloses en la selecció no presentaven limitacions funcionals per realitzar treball domèstic i de cura.

S'estudia la proporció de persones que declaren ésser les úniques encarregades de cada tipus de tasca. Els indicadors calculats són els següents:

- Cura de les persones amb discapacitat que viuen a la llar segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral.
- Cura de les persones menors de 18 anys que viuen a la llar segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral.
- Cura de les persones de 75 anys i més que viuen a la llar segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral.
- Feines de la llar segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral
- Hores de dedicació setmanal a les feines de la llar segons sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral.

- *Estat de salut*

En aquest apartat es comparen diferents indicadors d'estat de salut segons el grau de dedicació al treball domèstic i de cura no remunerat de les persones seleccionades, per cadascuna de les diferents situacions de cura a persones dependents o feines de la llar. Per obtenir els diferents indicadors d'estat de salut s'han utilitzat les respostes a tres preguntes de l'ESCA-2017 sobre salut mental, dues sobre trastorns crònics i una sobre les hores de son, estudiant la proporció de persones que mostren malestar mental, la proporció de persones amb poques hores de son i la proporció de persones que responen afirmativament a les preguntes sobre morbiditat crònica i consum de medicaments. Els indicadors calculats són els següents:

- Salut mental
 - Benestar mental
 - Depressió i/o ansietat
 - Consum de psicofàrmacs
- Trastorns crònics
 - Migranyes o mals de cap freqüents
 - Mal d'esquena crònic
- Hores de son diàries

Per mesurar el benestar mental s'ha utilitzat l'escala Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) (Tennant et al., 2007), en la seva versió curta (7 preguntes). Aquesta escala ha estat validada en diferents idiomes i s'utilitza per monitorar el benestar mental, enfocat únicament en aspectes positius de la salut mental. Tot i que l'eina originàriament no estableix un punt de tall a partir del qual es pugui parlar de manca o presència de benestar mental, i tenint en compte que el 2017 va ésser el primer any que l'ESCA va introduir aquesta nova escala de mesura, actualment en el nostre entorn es recomana utilitzar com a punt de tall els 26 punts. Una puntuació de 26 o menys punts s'interpreta com a manca de benestar mental.

6.2.5 Anàlisi de les dades

S'han realitzat anàlisis bivariades per estudiar les diferències en la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar segons les variables sociodemogràfiques (sexe, edat, país d'origen, nivell d'estudis i situació laboral). Així mateix, s'han aplicat anàlisis bivariades per estudiar les diferències en cadascun dels indicadors d'estat de salut en funció del grau de dedicació de les persones a cadascuna de les diferents tasques de cura o domèstiques. En aquests casos s'han realitzat, a més, models multivariats de regressió logística ajustats per edat per tal de valorar si les associacions identificades en l'anàlisi bivariada es podien explicar per l'efecte biològic de l'edat i no per la realització del treball de cura o domèstic.

7. RESULTATS

7.1 TREBALL REMUNERAT

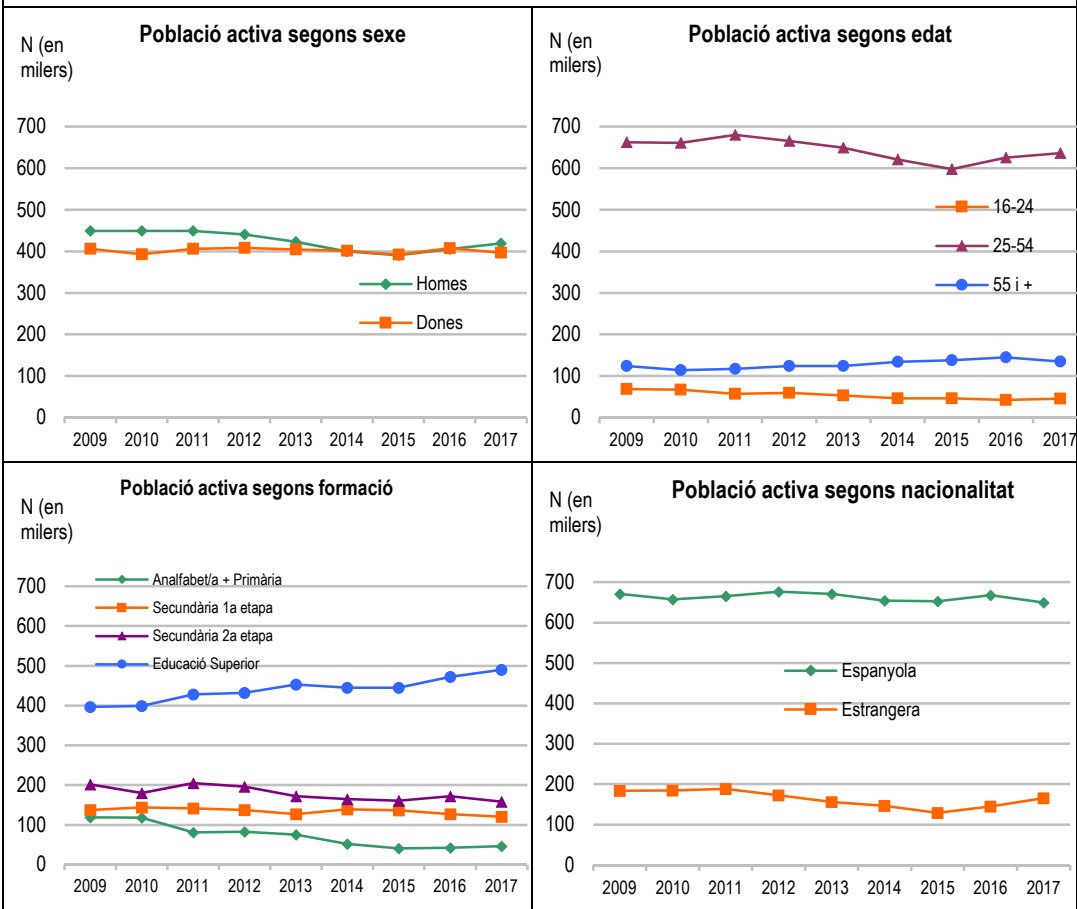
7.1.1 ESTRUCTURA ECONÒMICA I CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ TREBALLADORA

7.1.1.1 Població activa

- Definició: Nombre de persones de 16 anys i més ocupades o en atur.
- Càlcul: Nombre de persones de 16 anys i més ocupades o en atur (mitjana anual).
- Font: EPA. Elaboració del DEAB a partir de dades de l'INE.

Població activa (en milers)	SEXE		EDAT			NIVELL FORMACIÓ ^e				NACIONALITAT	
	Homes	Dones	16 - 24	25 - 54	55 i +	Analfabetes i Ed. Primària	Ed. Secundària 1a Etapa	Ed. Secundària 2a Etapa	Educació Superior	Espanyola	Estrangera
2009	449,2	406,1	68,7	662,1	124,4	119,0	137,7	202,2	396,4	671,4	183,8
2010	448,7	393,2	66,7	661,0	114,3	118,5	144,1	180,3	399,0	657,6	184,4
2011	448,7	405,9	57,4	679,9	117,3	80,9	141,2	204,9	427,7	665,7	188,8
2012	440,5	408,3	59,3	665,6	124,0	82,6	137,5	196,6	432,2	676,6	172,3
2013	423,2	404,3	53,5	649,5	124,4	75,5	126,9	171,7	453,3	671,3	156,2
2014	399,8	401,6	46,1	621,1	134,2	52,2	139,3	164,9	445,0	654,8	146,6
2015	390,4	391,7	46,1	597,9	138,2	40,5	136,4	160,5	444,8	652,8	129,4
2016	405,5	407,2	42,4	625,6	144,8	42,1	126,8	171,7	472,2	668,1	144,6
2017	419,0	396,7	45,1	636,0	134,5	46,5	120,3	158,6	490,3	649,9	165,7

Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



^e Degut a un canvi en la disponibilitat de les dades, des de 2014 s'ha substituït l'anàlisi segons el sector econòmic que es venia fent fins a 2013 per l'anàlisi segons el nivell de formació.

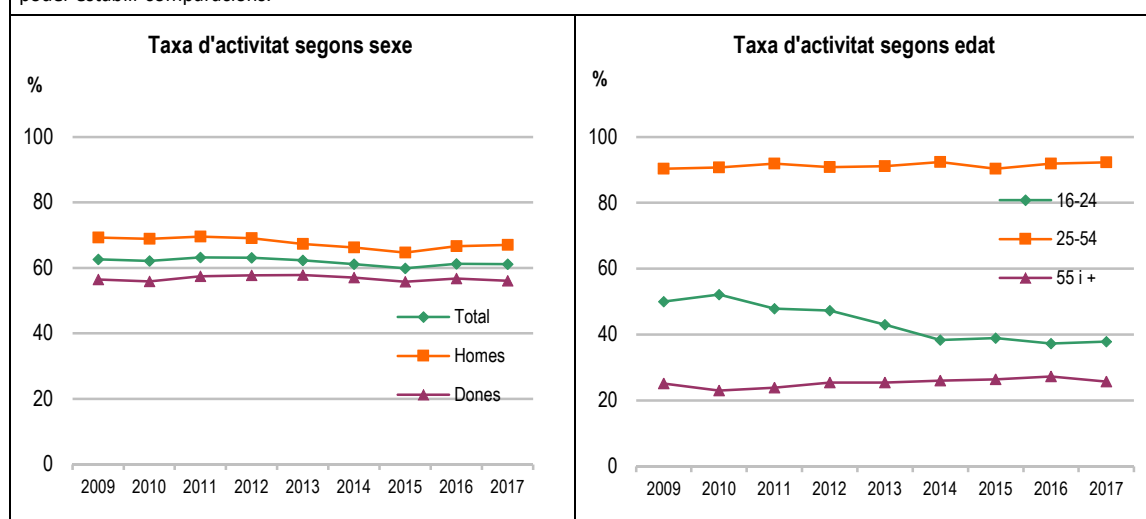
- ➡ Els grups amb més població activa són les persones de 25 a 54 anys, les que tenen educació superior i les de nacionalitat espanyola. Quant al sexe, depèn de l'any analitzat, de manera que el 2017, després de tres anys consecutius amb major població activa femenina que masculina, enguany han estat els homes el grup més nombrós.
- ➡ De la mateixa manera que la taxa d'activitat, la població activa ha disminuït en les dones i sobretot en les persones més grans. També ho ha fet en les persones amb educació secundària (primera i segona etapa, sobretot en aquesta darrera) i en les de nacionalitat espanyola. Per contra, ha augmentat en tots els altres grups, destacant l'increment del 10,5% en les persones amb menor nivell d'estudis i del 14,6% en les de nacionalitat estrangera.

7.1.1.2 Taxa d'activitat

- Definició: Proporció de població activa entre la població de 16 anys i més.
- Càlcul: Nombre de persones actives (mitjana anual) / Nombre de persones de 16 anys i més (mitjana anual).
- Font: EPA. Elaboració del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona (DEAB) a partir de dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

Taxa activitat (%)		SEXE		EDAT		
		Homes	Dones	16 – 24	25 - 54	55 i +
	<i>Total</i>					
2009	62,6	69,3	56,5	50,0	90,3	25,1
2010	62,1	68,9	55,9	52,2	90,7	23,0
2011	63,2	69,6	57,4	47,9	91,9	23,9
2012	63,1	69,1	57,7	47,3	90,8	25,4
2013	62,3	67,3	57,8	43,0	91,1	25,4
2014	61,2	66,2	57,0	38,4	92,4	26,0
2015	59,9	64,7	55,8	38,9	90,3	26,4
2016	61,3	66,6	56,8	37,3	91,9	27,3
2017	61,2	67,0	56,1	37,9	92,3	25,7

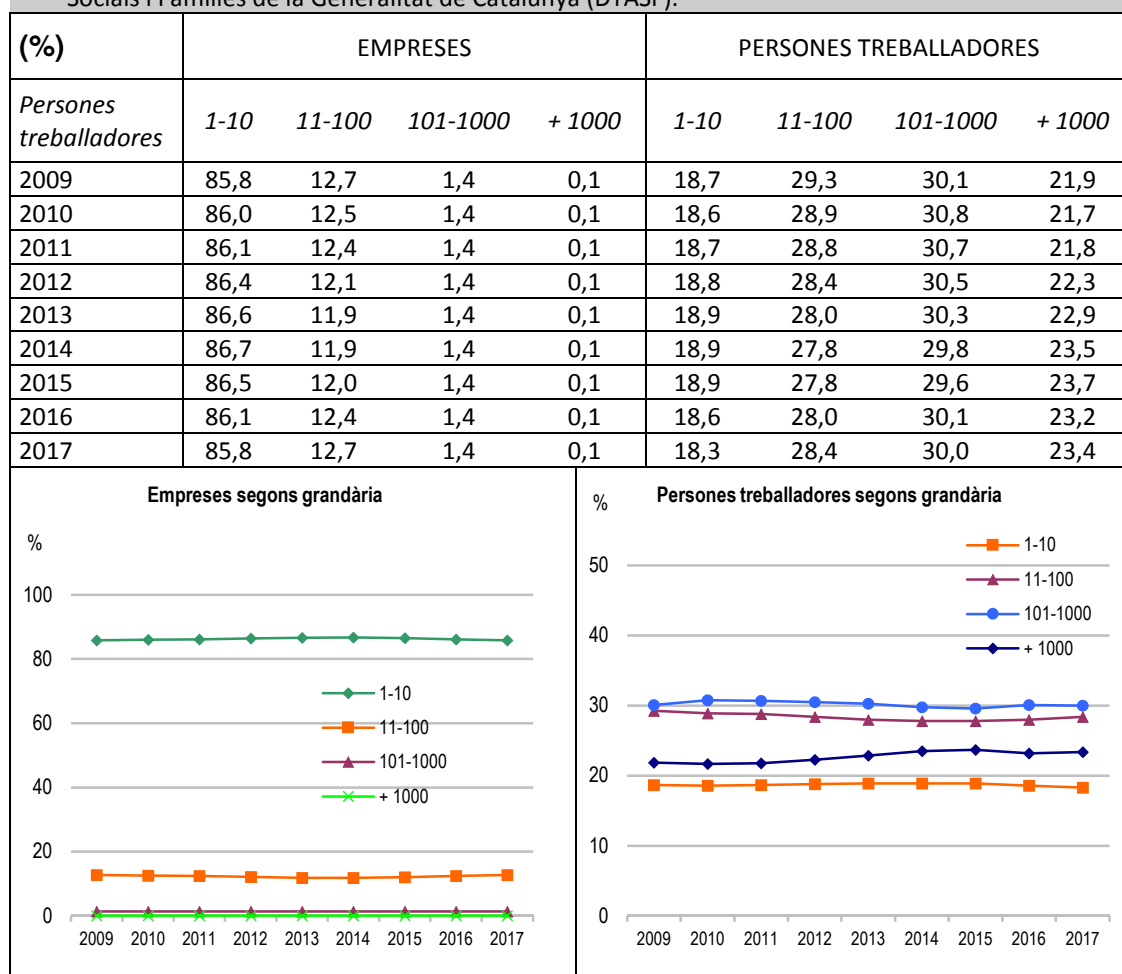
Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



- ➡ Les persones majors de 54 anys, les de 16 a 24 anys i les dones són els grups amb menors taxes d'activitat.
- ➡ L'any 2017 hi ha hagut poca variació en la taxa d'activitat, amb lleugers increments en els homes i les persones dels dos grups d'edat més joves, mentre que ha disminuït en les dones i sobretot en el grup de majors de 54 anys.

7.1.1.3 Empreses i persones treballadores segons la grandària de l'empresa

- Definició: Proporció d'empreses i de persones treballadores segons la grandària de l'empresa (en empreses d'almenys un/a treballador/a).
- Càlcul:
 - Nombre de comptes de cotització segons grandària (mitjana anual) / Nombre de comptes de cotització (mitjana anual).
 - Nombre de persones treballadores afiliades al règim general i especials de la Seguretat Social (mitjana anual) / Nombre de comptes de cotització (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya (DTASF).

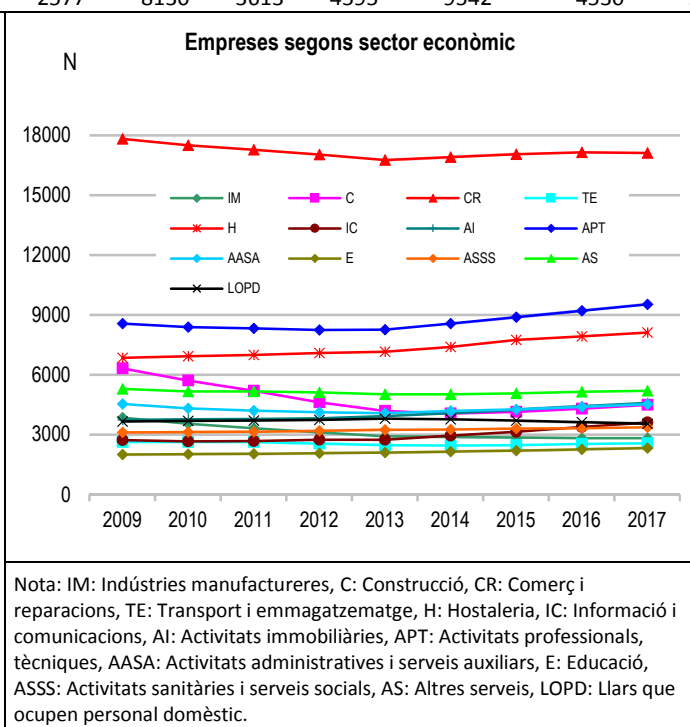


- Les empreses majoritàries són les que ocupen entre 1 i 10 persones, en canvi aquestes empreses petites són les que ocupen a menys persones treballadores (menys del 20%). Contràriament, només el 1,5% de les empreses (les més grans de 100 persones) ocupen a més de la meitat dels treballadors i treballadores.
- El 2017 han disminuït per tercer any consecutiu les empreses petites (1-10 persones) i també ha disminuït, igual que l'any anterior, el nombre de persones que treballen en empreses d'aquesta grandària. Contràriament ha augmentat tant el nombre d'empreses d'11 a 100 persones treballadores com el nombre de persones que hi treballen. També s'ha incrementat, encara que molt lleugerament, la proporció de persones que treballen en les empreses més grans (ha passat del 53,3% al 53,4% la proporció de població afiliada que treballa en empreses de més de 100 persones treballadores).

7.1.1.4 Empreses segons sector econòmic

- Definició: Nombre d'empreses segons el sector^f.
- Càlcul: Nombre de comptes de cotització segons el sector (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades del DTASF.

	Indústries manufactu- res	Construcció	Comerç i reparacions	Transports i emmagatzem- atge	Hostaleria	Informació i comunica- cions	Activitats immobilià- ries	Activitats professionals, tècniques	Activitats administratives i serveis auxiliars	Educació	Activitats sanitàries i serveis socials	Altres serveis	Llars que ocupen personal domèstic
2009	3854	6333	17820	2635	6860	2731	3738	8575	4543	2007	3123	5306	3665
2010	3548	5714	17509	2639	6937	2669	3781	8395	4328	2028	3128	5170	3695
2011	3326	5202	17285	2637	6994	2692	3800	8332	4209	2048	3156	5179	3705
2012	3116	4631	17042	2565	7090	2747	3827	8246	4126	2080	3202	5131	3744
2013	2931	4188	16774	2481	7153	2747	3930	8269	4083	2102	3240	5023	3812
2014	2896	4068	16908	2454	7401	2952	4083	8580	4188	2158	3268	5020	3770
2015	2855	4153	17057	2479	7748	3144	4253	8888	4281	2206	3306	5078	3717
2016	2838	4307	17156	2534	7936	3386	4428	9207	4399	2261	3330	5156	3631
2017	2827	4500	17122	2577	8130	3613	4595	9542	4530	2338	3378	5202	3550



- ➡ El comerç i reparacions és el sector amb major nombre d'empreses, seguit a distància per les activitats professionals, tècniques i l'hostaleria.
- ➡ L'evolució de les empreses durant 2017 ha estat molt similar a la de l'any 2016: un augment del nombre en gairebé tots els sectors analitzats excepte les indústries manufactureres (que han seguit la tendència decreixent de tot el període analitzat) i les llars que ocupen personal domèstic (que disminueixen des de 2014). Enguany també han disminuït, encara que molt lleugerament, el comerç i reparacions. En relació a 2016 destaca l'augment del sector de la informació i comunicacions (6,7%) i de la construcció (4,5%).

^f S'exclouen de l'anàlisi els sectors amb menys del 2% d'empreses: Agricultura, ramaderia i pesca, Indústries extractives, Energia elèctrica i gas, Aigua, sanejament, residus, Activitats financeres i d'assegurances, Administració pública, Activitats artístiques, recreatives, Organismes extraterritorials.

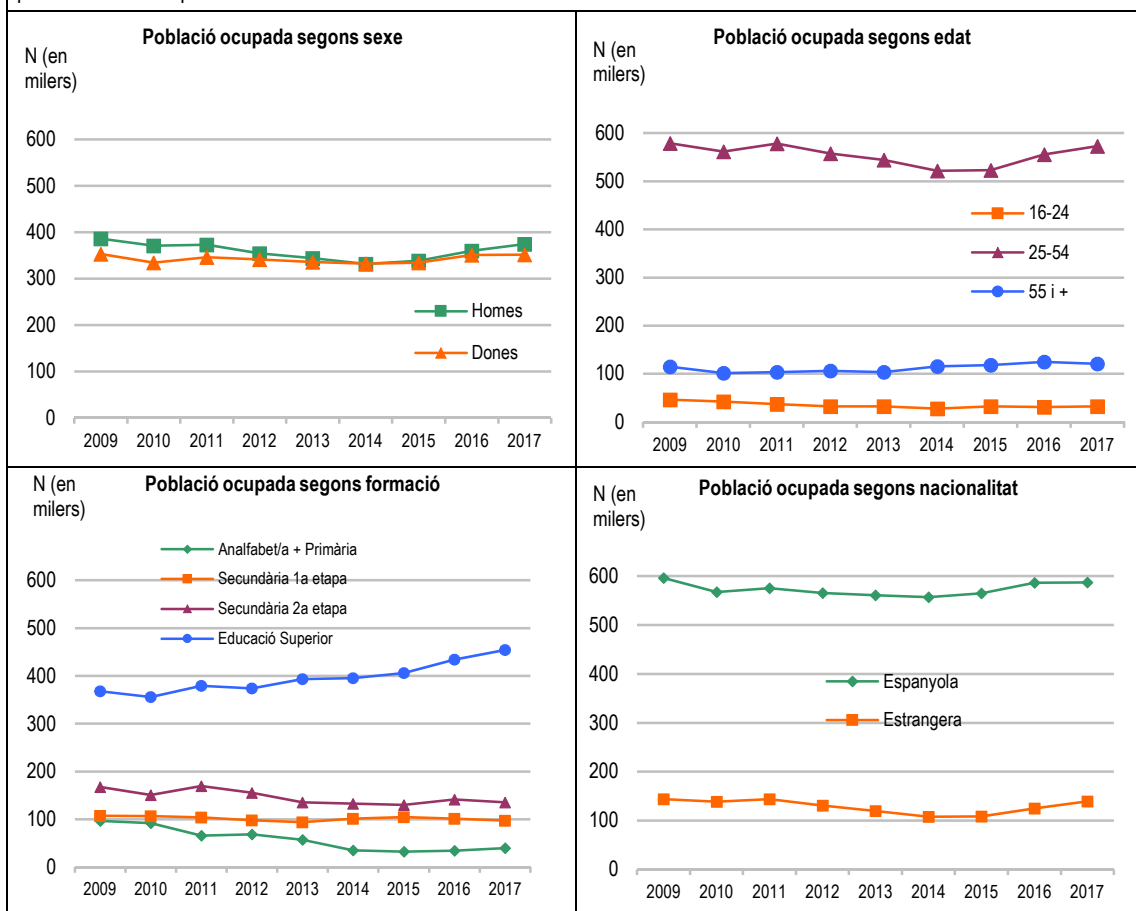
7.1.2 CONDICIONS D'OCUPACIÓ

7.1.2.1 Població ocupada

- Definició: Nombre de persones de 16 anys i més ocupades.
- Càlcul: Nombre de persones de 16 anys i més ocupades (mitjana anual).
- Font: EPA. Elaboració del DEAB a partir de dades de l'INE.

Població ocupada (en milers)	SEXE		EDAT			NIVELL FORMACIÓ				NACIONALITAT	
	Homes	Dones	16 – 24	25 - 54	55 i +	Analfabets i Ed. Primària	Ed. Secundària 1a Etapa	Ed. Secundària 2a Etapa	Educació Superior	Espanyola	Estrangera
2009	386,4	353,6	46,5	579,0	114,6	96,7	107,7	167,9	367,7	596,3	143,7
2010	371,4	334,4	42,4	561,5	101,9	91,8	106,7	151,1	356,2	567,5	138,3
2011	373,2	346,1	37,3	578,7	103,3	66,1	104,1	169,5	379,6	575,5	143,8
2012	354,9	341,3	32,2	557,7	106,3	68,3	98,0	156,0	374,0	565,4	130,9
2013	344,4	336,0	32,1	544,5	103,9	57,4	94,3	135,7	393,1	560,8	119,7
2014	332,1	332,9	27,8	522,0	115,3	35,0	101,6	133,0	395,5	557,3	107,7
2015	338,6	334,8	32,2	523,3	117,9	32,3	104,8	130,0	406,3	565,0	108,4
2016	360,2	351,2	31,2	555,5	124,8	34,7	101,2	141,3	434,3	586,7	124,7
2017	374,6	351,9	32,7	573,2	120,7	39,8	97,2	135,3	454,3	587,1	139,4

Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



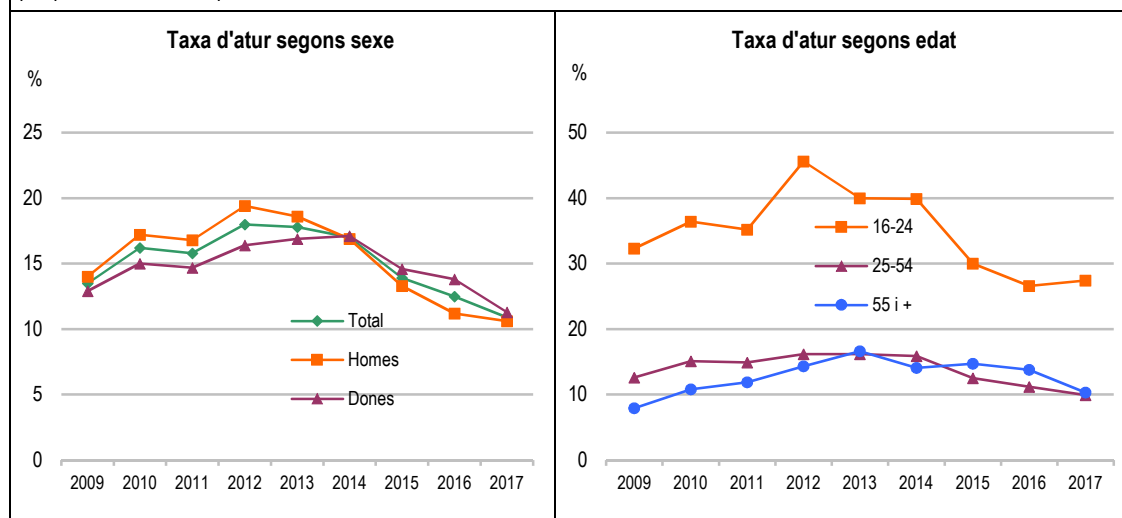
- ➡ Els grups amb menys població ocupada són les dones, les persones de 16-24 anys, les analfabetes i amb educació primària i les estrangeres.
- ➡ El 2017 ha augmentat la població ocupada en tots els grups, excepte les persones més grans de 54 anys i les que tenen formació d'educació secundària (primera i segona etapa), en què ha disminuït. Igual que el 2016 destaca l'increment en els homes (4,0%, mentre que en les dones ha estat del 0,2%, amb un increment de la diferència entre uns i altres per tercer any consecutiu), les persones analfabetes i amb educació primària (14,7%) i les estrangeres (11,8%). També ha augmentat en les persones de 16 a 24 anys (4,8%).

7.1.2.2 Taxa d'atur

- Definició: Proporció de població aturada entre la població activa.
- Càlcul: Nombre de persones en atur (mitjana anual) / Nombre de persones actives (mitjana anual).
- Font: EPA. Elaboració del DEAB a partir de dades de l'INE.

Taxa d'atur (%)	SEXE			EDAT		
	Total	Homes	Dones	16-24	25-54	55 i +
2009	13,5	14,0	12,9	32,3	12,6	7,9
2010	16,2	17,2	15,0	36,4	15,1	10,8
2011	15,8	16,8	14,7	35,2	14,9	11,9
2012	18,0	19,4	16,4	45,6	16,2	14,3
2013	17,8	18,6	16,9	40,0	16,2	16,6
2014	17,0	16,9	17,1	39,9	15,9	14,1
2015	13,9	13,3	14,6	30,0	12,5	14,7
2016	12,5	11,2	13,8	26,6	11,2	13,8
2017	10,9	10,6	11,3	27,4	9,9	10,3

Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.

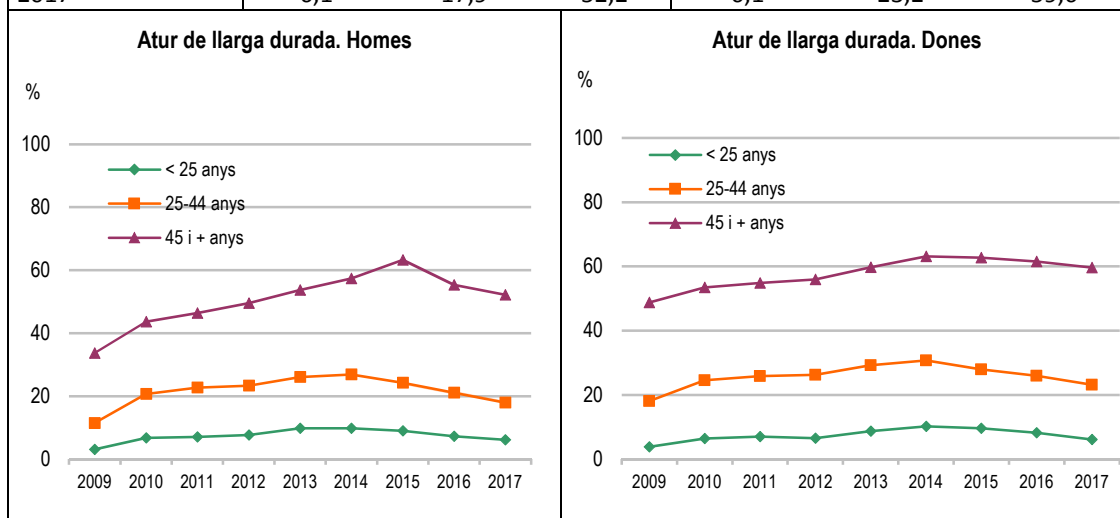


- ➡ Les dones i les persones més joves tenen les taxes d'atur més elevades.
- ➡ En relació a l'any anterior, la taxa d'atur ha disminuït en tots els grups analitzats excepte en les persones de 16 a 24 anys en què ha augmentat un 3,0%. Els grups amb major disminució han estat les dones (18,1% menys) i les persones més grans (25,4% menys en les persones majors de 54 anys).

7.1.2.3 Atur de llarga durada

- Definició: Proporció de població en situació d'atur durant més de 12 mesos entre la població aturada^g.
- Càlcul: Nombre de persones en atur més de 12 mesos (mitjana anual) / Nombre de persones aturades, segons sexe i edat (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades del DTAFS.

(%)	Homes			Dones		
	< 25	25-44	45 i +	< 25	25-44	45 i +
2009	3,1	11,4	33,7	3,8	18,1	48,8
2010	6,7	20,7	43,6	6,4	24,5	53,5
2011	7,0	22,7	46,4	7,0	25,8	54,8
2012	7,7	23,3	49,5	6,5	26,2	55,9
2013	9,8	26,1	53,7	8,7	29,2	59,7
2014	9,8	26,9	57,4	10,2	30,7	63,1
2015	9,0	24,2	63,3	9,6	27,9	62,7
2016	7,2	21,1	55,3	8,2	25,9	61,5
2017	6,1	17,9	52,2	6,1	23,2	59,6



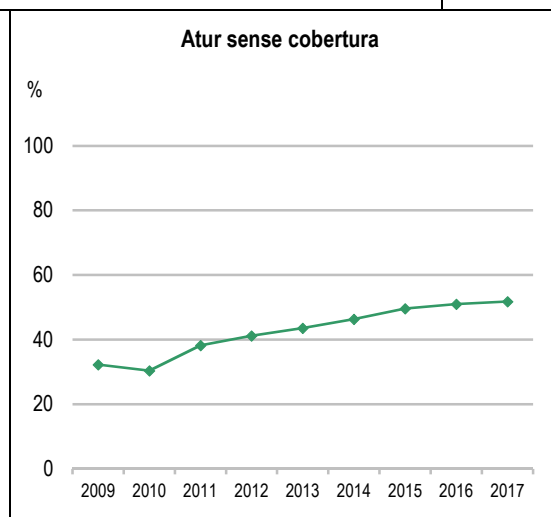
- ➡ L'atur de llarga durada s'incrementa amb l'edat i és superior en les dones.
- ➡ El 2017 ha disminuït l'atur de més de 12 mesos en tots els grups analitzats. Destaca la important davallada en les dones menors de 25 anys (25,6%) que s'igualen amb els homes de la mateixa edat i també la disminució en els homes de 25 a 44 anys i en els més grans de 44 anys (disminucions del 15,3% i 15,2%, respectivament). Tot i la disminució generalitzada, cal esmentar que més de la meitat dels homes més grans de 44 anys que estan en atur i prop del 60% de les dones de les mateixes característiques, estan sense feina des de fa més de 12 mesos.

^g A diferència de les dades de l'EPA que es refereixen a l'atur declarat (a partir del què s'ha obtingut la taxa d'atur), les dades sobre la durada de l'atur i el cobrament de prestacions es refereixen a l'atur registrat, que correspon a les demandes d'ocupació a les oficines de treball de la Generalitat (OTG) pendents de cobrir l'últim dia de cada mes, excloent-hi les persones treballadores ocupades que volen canviar de feina, les que no tinguin disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que és incompatible, les que demanin una ocupació d'unes característiques determinades i les eventuais agràries beneficiàries del subsidi especial d'atur. Cal tenir en compte que en fer comparacions entre grups hi podria haver un biaix degut a que hi ha persones aturades que han deixat de buscar feina perquè consideren que no en poden trobar i que no es comptabilitzen com a aturades en el registre de les OTG.

7.1.2.4 Atur sense cobertura

- Definició: Proporció de població aturada que no percep prestació o subsidi.^g
- Càlcul: Nombre de persones aturades que no perceben prestació o subsidi (mitjana anual) / Nombre de persones aturades (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades del DTASF.

Atur sense cobertura (%)	TOTAL
2009	32,3
2010	30,4
2011	38,2
2012	41,2
2013	43,6
2014	46,3
2015	49,6
2016	51,0
2017	51,8



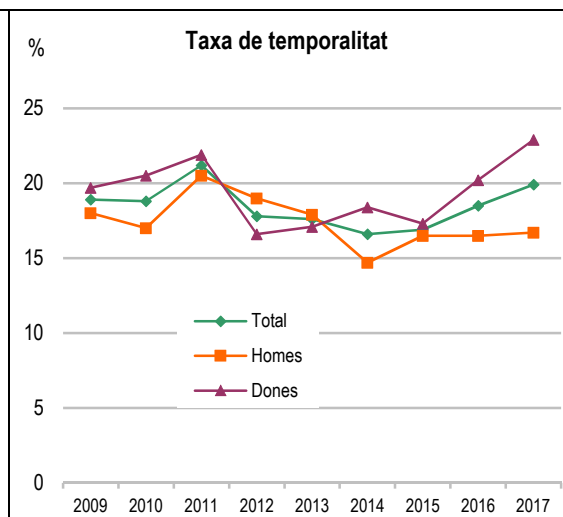
- ➡ La proporció de persones aturades que no cobren cap prestació ni subsidi ha seguit incrementant-se, de manera que el 2017 han estat el 51,8%.

7.1.2.5 Taxa de temporalitat

- Definició: Proporció de població assalariada amb contracte temporal.
- Càlcul: Nombre de persones assalariades amb contracte temporal (mitjana anual) / Nombre de persones assalariades (mitjana anual).
- Font: EPA. Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades de l'INE.

Taxa temporalitat (%)	SEXE	
	Total	Homes Dones
2009	18,9	18,0 19,7
2010	18,8	17,0 20,5
2011	21,2	20,5 21,9
2012	17,8	19,0 16,6
2013	17,6	17,9 17,1
2014	16,6	14,7 18,4
2015	16,9	16,5 17,3
2016	18,5	16,5 20,2
2017	19,9	16,7 22,9

Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



- ➡ La temporalitat és superior en les dones (excepte dos anys dels analitzats, 2012 i 2013).
- ➡ El 2017 ha augmentat la proporció de persones assalariades amb contracte temporal, molt lleugerament en els homes i de manera destacada en les dones (13,4%).

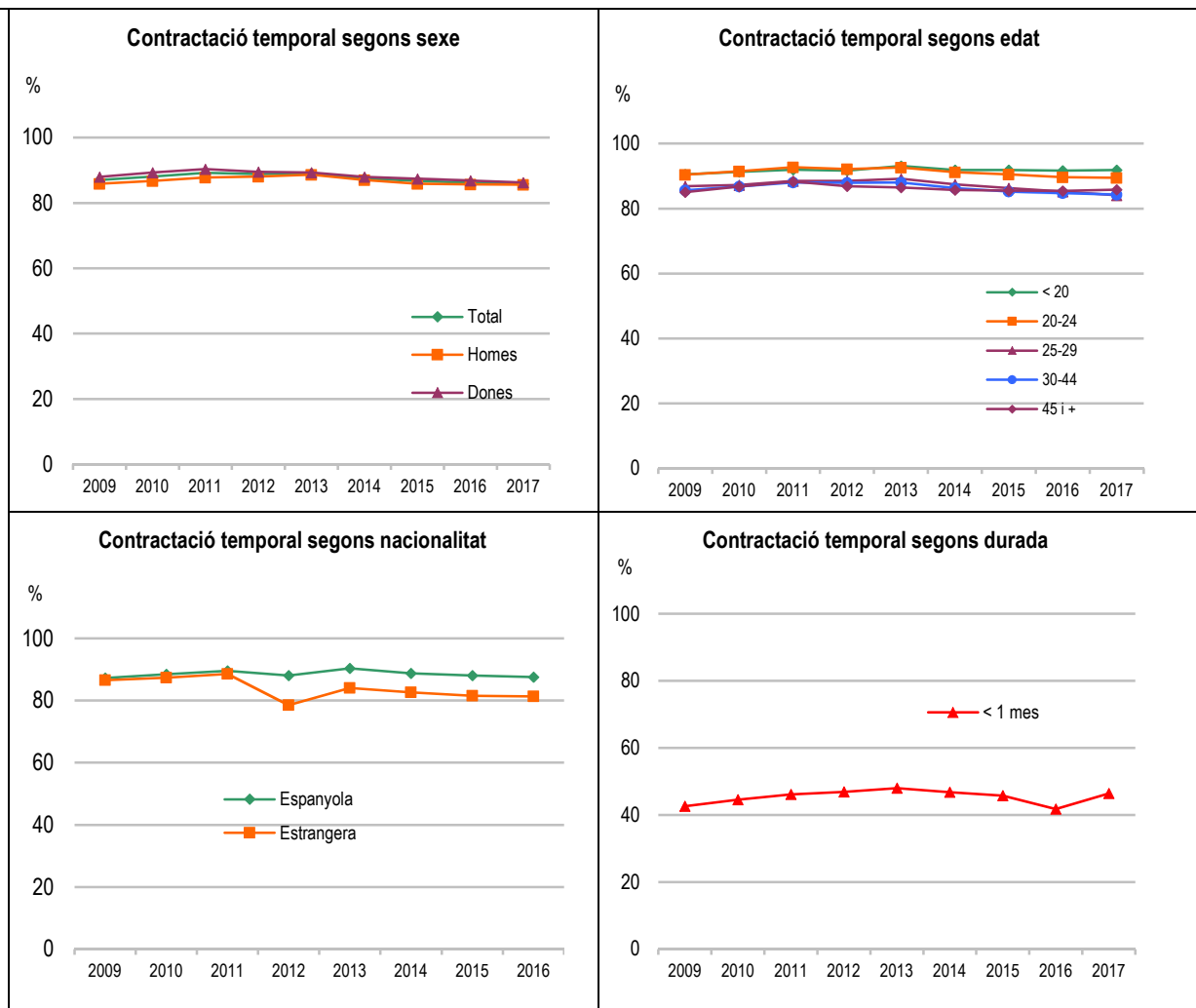
7.1.2.6 Contractació temporal

- Definició: Proporció de nous contractes temporals respecte tots els nous contractes.
- Càlcul: Nombre de nous contractes temporals / Nombre de nous contractes.
- Font: Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades del DTASF.

Contractació temporal (%)	SEXE			EDAT					NACIONALITAT		DURADA
	Total	Homes	Dones	< 20	20-24	25-29	30-44	45 i +	Espanyola	Estrangera	
2009	87,0	85,9	88,0	90,5	90,4	86,9	85,6	85,1	87,2	86,5	42,6
2010	88,1	86,7	89,3	91,3	91,5	87,3	86,8	86,8	88,4	87,3	44,6
2011	89,2	87,8	90,4	92,0	92,7	88,5	88,0	88,3	89,5	88,5	46,2
2012	88,8	88,1	89,5	91,7	92,2	88,5	87,9	86,9	88,0	78,5	46,9
2013	89,0	88,6	89,3	93,1	92,6	89,2	88,0	86,5	90,3	84,0	48,0
2014	87,5	87,0	88,0	91,9	91,2	87,5	86,3	85,7	88,7	82,6	46,8
2015	86,7	85,9	87,4	91,9	90,5	86,3	85,2	85,5	88,0	81,5	45,8
2016	86,2	85,7	86,8	91,7	89,7	85,2	84,8	85,4	87,5	81,3	41,8
2017	85,9	85,6	86,3	91,9	89,5	84,1	84,3	85,8	^h	^h	46,5

Nota1: la font de les dades de temporalitat segons la nacionalitat és la publicació del Departament d'Estadística de l'Ajuntament: INFORMES ESTADÍSTICS. La població estrangera a Barcelona. Les dades de 2012 inclouen els contractes de serveis de la llar familiar en virtut del canvi del règim especial al general de la Seguretat Social.

Nota2: La proporció de contractes de menys d'un mes de durada es calcula en relació al total dels nous contractes temporals.



^h Dades no disponibles en el moment de tancar aquest informe.

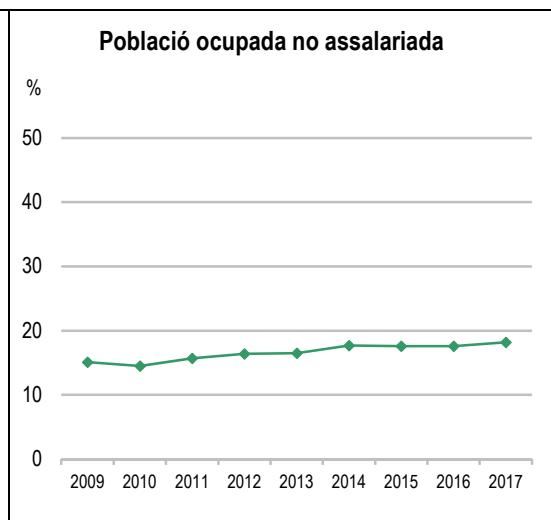
- ➡ Els nous contractes realitzats són majoritàriament temporals.
- ➡ Tot i que hi ha poques diferències entre els grups analitzats, les dones, les persones més joves i les de nacionalitat espanyola tenen valors superiors.
- ➡ El 2017 ha disminuït la proporció de contractes temporals en tots els grups analitzats, excepte en les persones més joves (menors de 20 anys) i les més grans (majors de 44 anys), que han tingut lleugers increments.
- ➡ Els contractes temporals de menys d'un mes de durada són els més freqüents i el 2017 s'han incrementat en un 11,2%.

7.1.2.7 Població ocupada no assalariada

- Definició: Proporció de població ocupada no assalariada¹ respecte el total de població ocupada.
- Càlcul: Nombre de persones ocupades no assalariades (mitjana anual) / Nombre de persones ocupades (mitjana anual).
- Font: EPA. Elaboració pròpia. Informació del DEAB a partir de dades de l'INE.

Població ocupada no assalariada (%)	TOTAL
2009	15,1
2010	14,5
2011	15,7
2012	16,4
2013	16,5
2014	17,7
2015	17,6
2016	17,6
2017	18,2

Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



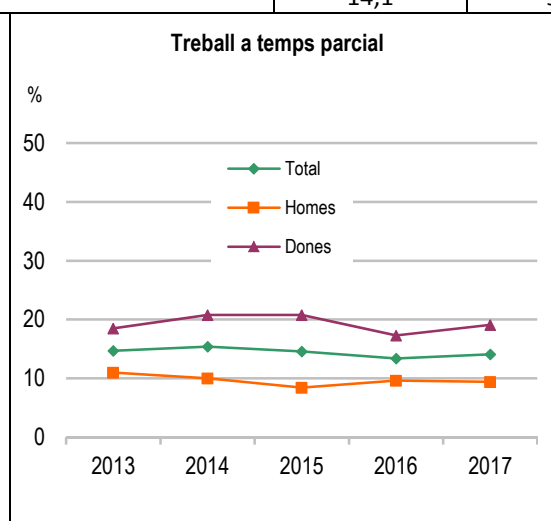
- ➡ El 2017 ha augmentat la proporció de persones ocupades no assalariades (increment del 3,4%).

¹ L'EPA considera tres categories de situació professional: persones assalariades del sector públic, persones assalariades del sector privat i persones no assalariades; aquest darrer grup inclou persones empresàries amb i sense treballadors/es i altres situacions.

7.1.2.8 Treball a temps parcial

- Definició: Proporció de població ocupada amb jornada a temps parcial respecte el total de població ocupada.
- Càlcul: Nombre de persones ocupades amb jornada a temps parcial (mitjana anual) / Nombre de persones ocupades (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del DEAB provinent de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) a partir de dades de l'EPA de l'INE.

Treball a temps parcial (%)		SEXE	
		Homes	Dones
	<i>Total</i>		
2013 ^j	14,7	11,0	18,5
2014	15,4	10,0	20,8
2015	14,6	8,4	20,8
2016	13,4	9,6	17,3
2017	14,1	9,4	19,1



- ➡ La jornada a temps parcial és més freqüent en les dones.
- ➡ El 2017 ha augmentat un 10,3% el percentatge de dones que fan jornada a temps parcial, mentre que ha disminuït molt lleugerament el d'homes. Així doncs s'ha incrementat la diferència entre uns i altres.

^j No es disposa de dades anteriors a 2013.

7.1.2.9 Salari

- Definició: Salari mitjà en euros^k.
- Càlcul: Salari mitjà anual segons sexe, edat^l i jornada.
- Font: DEAB a partir de la Mostra Continua de Vides Laborals de l'INSS.

	EDAT						JORNADA			
	Homes			Dones			Homes		Dones	
	< 25	25-44	45 i +	< 25	25-44	45 i +	Temps complet	Temps parcial	Temps complet	Temps parcial
2010	10.739	28.276	40.533	9.622	23.257	28.009	35.147	16.096	28.626	13.413
2011	10.480	28.239	42.319	9.543	23.351	28.443	36.169	15.345	29.207	13.488
2012	10.050	27.199	42.098	9.086	22.912	27.680	35.999	15.761	28.963	14.023
2013	9.960	27.287	42.831	8.150	22.780	27.851	36.544	14.665	29.300	14.211
2014	8.961	26.950	42.633	7.753	22.627	28.012	36.316	14.504	29.210	14.278
2015	9.307	26.899	42.410	7.832	23.123	28.855	36.329	14.002	29.878	14.719
2016 ^m	9.516	27.497	40.979	7.652	23.616	29.291	36.197	15.004	30.505	15.306

Salari segons edat. Homes

Salari segons edat. Dones

Salari segons jornada. Homes

Salari segons jornada. Dones

^k El concepte salarial que es recull correspon a valors bruts, és a dir, la percepció abans de practicar la retenció a compte de l'IRPF o les contribucions a la Seguretat Social a càrrec de la persona treballadora. La informació correspon a totes les persones assalariades del Règim General de la Seguretat Social amb contracte vigent a final d'any.

^l Les 10 categories d'edat proporcionades pel DEAB s'han agrupat en tres calculant la mitjana.

^m Últim any disponible.

- ➡ El salari s'incrementa amb l'edat i és superior en els homes en tots els grups d'edat. Les diferències entre homes i dones augmenten amb l'edat i són superiors en les persones que treballen a temps complet.
- ➡ El 2016 (últimes dades disponibles) el salari mig va augmentar en tots els grups analitzats excepte en els homes més grans de 44 anys i les dones de menys de 25 anys, en què va disminuir. També va disminuir molt lleugerament en els homes amb jornada a temps complet. Entre els increments destaca el de les persones d'ambdós sexes que treballen a temps parcial, sobretot en el cas dels homes (7,2% i 4,0%, homes i dones, respectivament), en què s'havien produït successives disminucions en els anys analitzats, sobretot l'any anterior. En comparar ambdós sexes s'observa que el salari mig de les jornades parcials ha estat superior en les dones (2,0%), mentre que el salari dels homes amb jornada a temps complet ha estat un 18,2% superior al de les dones.

7.1.3 ESTAT DE SALUT

7.1.3.1 Incidència de lesions per accident de treball amb baixa

7.1.3.1.1 Lesions mortals (LMAT)

7.1.3.1.2 Lesions greus (LGAT)

7.1.3.1.3 Lesions lleus (LLLAT)

- Definició: Incidència de lesions per accident de treball amb baixa per 100.000 persones afiliades al règim general de la Seguretat Social.
- Càlcul: Nombre de lesions per accident de treball / Nombre de persones afiliades al règim general de la Seguretat Social (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del registre d'accidents de treball del DTASF i elaboració del DEAB a partir de dades del DTASF.

7.1.3.2 Incidència de malalties professionals

7.1.3.2.1 Malalties amb baixa (MPB)

7.1.3.2.2 Malalties sense baixa (MPSB)

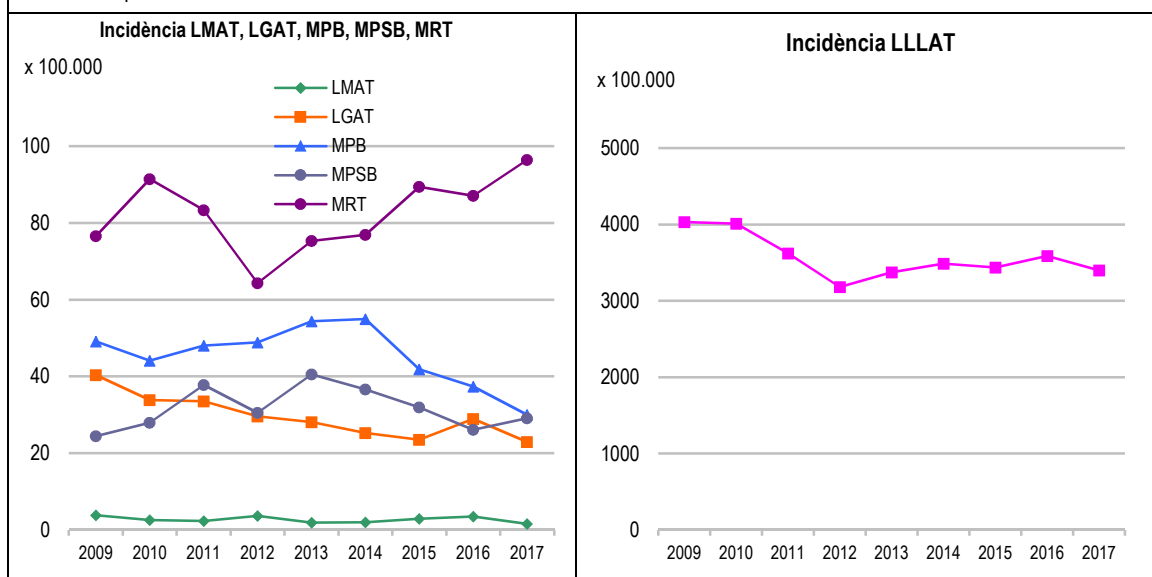
- Definició: Incidència de malalties professionals per 100.000 persones afiliades al règim general de la Seguretat Social.
- Càlcul: Nombre de malalties professionals / Nombre de persones afiliades al règim general de la Seguretat Social (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del registre d'accidents de treball del DTASF i elaboració del DEAB a partir de dades del DTASF.

7.1.3.3 Incidència de malalties relacionades amb el treball

- Definició: Incidència de MRT per 100.000 persones assalariades.
- Càlcul: Nombre de MRT notificades en persones assalariades / persones assalariades (mitjana anual).
- Font: Elaboració pròpia. Informació del registre de MRT de la USL de Barcelona de l'Agència de Salut Pública (ASPB) i elaboració del DEAB a partir de dades de l'EPA de l'INE.

Incidència (x 100.000)	7.1.3.1.1. Lesions mortals per accident de treball	7.1.3.1.2. Lesions greus per accident de treball	7.1.3.1.3. Lesions lleus per accident de treball	7.1.3.2.1. Malalties professionals amb baixa	7.1.3.2.2. Malalties professionals sense baixa	7.1.3.3. Malalties relacionades amb el treball
2009	3,8	40,4	4033,6	49,1	24,4	76,6
2010	2,6	33,9	4011,4	44,1	27,9	91,4
2011	2,3	33,5	3623,4	48,0	37,8	83,3
2012	3,7	29,6	3182,8	48,9	30,5	64,3
2013	1,9	28,1	3375,8	54,4	40,5	75,3
2014	2,0	25,3	3487,5	55,0	36,6	77,1
2015	2,9	23,5	3439,9	41,9	31,9	89,4
2016	3,5	28,9	3590,7	37,4	26,1	87,3
2017	1,6	22,9	3398,7	30,0	29,1	96,2

Nota: el numerador de la incidència de MRT no és el del total de casos sinó el dels notificats en persones assalariades en el moment de la notificació, a diferència de les dades de l'apartat 5.1.3.6 que es refereixen a totes les MRT (notificades en persones assalariades, que treballen per compte propi, en atur i també en altres situacions d'inactivitat, sent aquestes tres darreres situacions molt minoritàries, motiu pel qual s'exclouen en el càlcul de la incidència). En relació a les persones assalariades, l'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2002-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



Nota: Lesions mortals per accident de treball (LMAT); lesions greus per accident de treball (LGAT); lesions lleus per accident de treball (LLLAT); malalties professionals amb baixa (MPB), malalties professionals sense baixa (MPSB), malalties relacionades amb el treball (MRT).

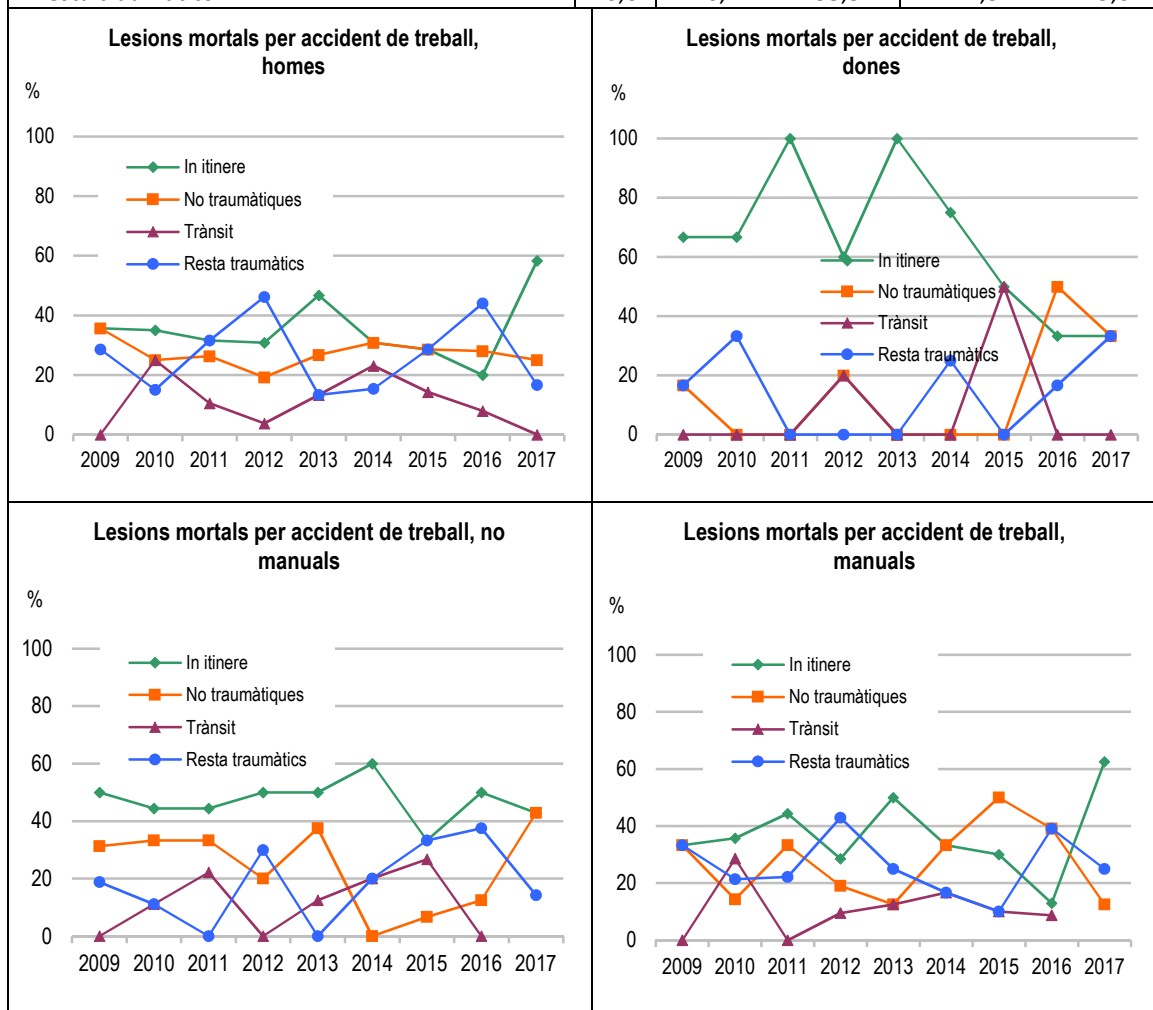
- ➡ El 2017 ha disminuït la incidència de totes les LAT (lleus, greus i mortals). Cal tenir en compte que l'any anterior es va produir un augment igualment dels tres tipus de lesions, tot i així, les incidències d'enguany en els tres casos han estat inferiors a les de 2015. A més, la incidència de LAT mortals i greus han estat les més baixes del període analitzat. Quant a les malalties professionals, han tingut un comportament divergent: han disminuït les que cursen amb baixa i han augmentat les que ho fan sense baixa. També ha augmentat de forma destacable la incidència de les MRT, de manera que enguany ha estat la més alta de tot el període analitzat.

7.1.3.4 Tipus de lesions greus i mortals per accident de treball

- Definició: Proporció de LMAT i LGAT segons tipus (*in itinere*, no traumàtiques en jornada, de trànsit en jornada, traumàtiques en jornada).
- Càlcul: Nombre de LMAT i LGAT de cada tipus / Nombre de LMAT i LGAT.
- Font: Elaboració pròpia. Informació del registre d'accidents de treball del DTASF.

Lesions mortals per accident de treball (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL	
		Homes	Dones	No manual	Manual
2009	<i>Total</i>				
Total (N)	34	28	6	16	18
<i>In itinere</i>	41,2	35,7	66,7	50,0	33,3
<i>En jornada laboral</i>					
• No traumàtiques	32,4	35,7	16,7	31,3	33,3
• De trànsit	-	-	-	-	-
• Resta traumàtics	26,5	28,6	16,7	18,8	33,3
2010					
Total (N)	23	20	3	9	14
<i>In itinere</i>	39,1	35,0	66,7	44,4	35,7
<i>En jornada laboral</i>					
• No traumàtiques	21,7	25,0	-	33,3	14,3
• De trànsit	21,7	25,0	-	11,1	28,6
• Resta traumàtics	17,4	15,0	33,3	11,1	21,4
2011					
Total (N)	20	19	1	9	10
<i>In itinere</i>	35,0	31,6	100,0	44,4	20,0
<i>En jornada laboral</i>					
• No traumàtiques	25,0	26,3	-	33,3	20,0
• De trànsit	10,0	10,5	-	22,2	-
• Resta traumàtics	30,0	31,6	-	-	60,0
2012					
Total (N)	31	26	5	10	21
<i>In itinere</i>	35,5	30,8	60,0	50,0	28,6
<i>En jornada laboral</i>					
• No traumàtiques	19,4	19,2	20,0	20,0	19,0
• De trànsit	6,5	3,8	20,0	-	9,5
• Resta traumàtics	38,7	46,2	-	30,0	42,9
2013					
Total (N)	16	15	1	8	8
<i>In itinere</i>	50,0	46,7	100,0	50,0	50,0
<i>En jornada laboral</i>					
• No traumàtiques	25,0	26,7	-	37,5	12,5
• De trànsit	12,5	13,3	-	12,5	12,5
• Resta traumàtics	12,5	13,3	-	-	25,0
2014					
Total (N)	17	13	4	5	12
<i>In itinere</i>	41,2	30,8	75,0	60,0	33,3
<i>En jornada laboral</i>					
• No traumàtiques	23,5	30,8	-	0,0	33,3
• De trànsit	17,6	23,1	-	20,0	16,7
• Resta traumàtics	17,6	15,4	25,0	20,0	16,7

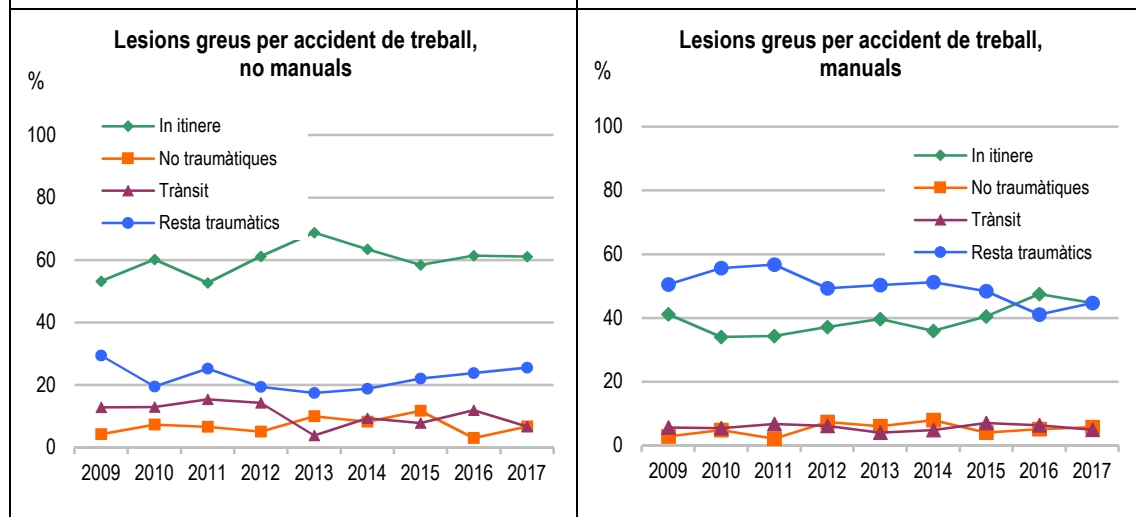
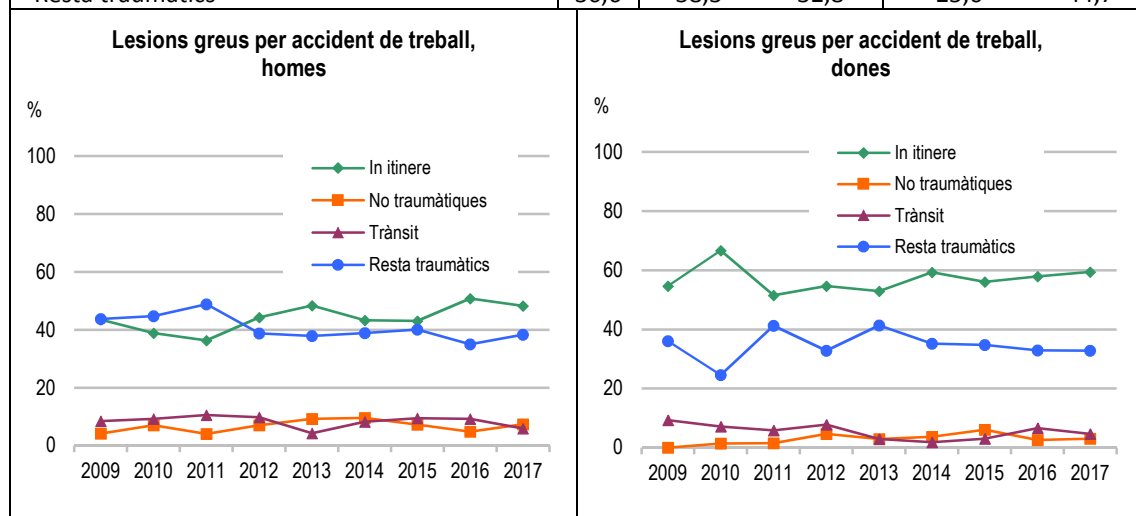
Lesions mortals per accident de treball (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL	
		Homes	Dones	No manual	Manual
2015	Total	Homes	Dones	No manual	Manual
Total (N)	25	21	4	15	10
In itinere	32,0	28,6	50,0	33,3	30,0
En jornada laboral					
• No traumàtiques	24,0	28,6	-	6,7	50,0
• De trànsit	20,0	14,3	50,0	26,7	10,0
• Resta traumàtics	24,0	28,6	-	33,3	10,0
2016					
Total (N)	31	25	6	8	23
In itinere	22,6	20,0	33,3	50,0	13,0
En jornada laboral					
• No traumàtiques	32,3	28,0	50,0	12,5	39,1
• De trànsit	6,5	8,0	-	-	8,7
• Resta traumàtics	38,7	44,0	16,7	37,5	39,1
2017					
Total (N)	15	12	3	7	8
In itinere	53,3	58,3	33,3	42,9	62,5
En jornada laboral					
• No traumàtiques	26,7	25,0	33,3	42,9	12,5
• De trànsit	-	-	-	-	-
• Resta traumàtics	20,0	16,7	33,3	14,3	25,0



- ➡ Les LMAT són més freqüents en els homes, i en la major part dels anys analitzats en les ocupacions manuals.
- ➡ Enguany han disminuït de manera molt significativa les lesions mortals (han estat 15, un 51,6% menys que l'any anterior) i també han disminuït en tots els grups analitzats, en proporcions similars en ambdós sexes (52,0% i 50,0% en homes i dones, respectivament) i més en les ocupacions manuals (65,2% menys que el 2016 en les manuals i 12,5% en les no manuals).
- ➡ Les LMAT més freqüents han estat les *in itinere*, l'únic tipus de LMAT que ha augmentat, tot i que lleugerament (una més que el 2016).
- ➡ Destaca la disminució de les LMAT no traumàtiques en ocupacions manuals (de 9 a 1) i la de la resta de lesions traumàtiques en jornada en homes (de 11 a 2) i en ocupacions manuals (de 9 a 2).

Lesions greus per accident de treball (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL	
2009	Total	Homes	Dones	No manual	Manual
Total (N)	358	283	75	139	216
In itinere	45,8	43,5	54,7	53,2	41,2
En jornada laboral					
• No traumàtiques	3,4	4,2	-	4,3	2,8
• De trànsit	8,7	8,5	9,3	12,9	5,6
• Resta traumàtics	42,2	43,8	36,0	29,5	50,5
2010					
Total (N)	295	226	69	123	167
In itinere	45,4	38,9	66,7	60,2	34,1
En jornada laboral					
• No traumàtiques	5,8	7,1	1,4	7,3	4,8
• De trànsit	8,8	9,3	7,2	13,0	5,4
• Resta traumàtics	40,0	44,7	24,6	19,5	55,7
2011					
Total (N)	285	217	68	91	192
In itinere	40,0	36,4	51,5	52,7	34,4
En jornada laboral					
• No traumàtiques	3,5	4,1	1,5	6,6	2,1
• De trànsit	9,5	10,6	5,9	15,4	6,8
• Resta traumàtics	47,0	48,8	41,2	25,3	56,8
2012					
Total (N)	247	183	64	98	148
In itinere	47,0	44,3	54,7	61,2	37,2
En jornada laboral					
• No traumàtiques	6,5	7,1	4,7	5,1	7,4
• De trànsit	9,3	9,8	7,8	14,3	6,1
• Resta traumàtics	37,2	38,8	32,8	19,4	49,3
2013					
Total (N)	231	161	70	80	151
In itinere	49,8	48,4	52,9	68,8	39,7
En jornada laboral					
• No traumàtiques	7,4	9,3	2,9	10,0	6,0
• De trànsit	3,9	4,3	2,9	3,8	4,0
• Resta traumàtics	39,0	37,9	41,4	17,5	50,3
•					
2014					
Total (N)	211	157	54	85	125
In itinere	47,4	43,3	59,3	63,5	36,0
En jornada laboral					
• No traumàtiques	8,1	9,6	3,7	8,2	8,0
• De trànsit	6,6	8,3	1,9	9,4	4,8
• Resta traumàtics	37,9	38,9	35,2	18,8	51,2

Lesions greus per accident de treball (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL	
2015	Total	Homes	Dones	No manual	Manual
Total (N)	203	137	66	77	126
In itinere	47,3	43,1	56,1	58,4	40,5
En jornada laboral					
• No traumàtiques	6,9	7,3	6,1	11,7	4,0
• De trànsit	7,4	9,5	3,0	7,8	7,1
• Resta traumàtics	38,4	40,1	34,8	22,1	48,4
2016					
Total (N)	259	183	76	101	158
In itinere	52,9	50,8	57,9	61,4	47,5
En jornada laboral					
• No traumàtiques	4,2	4,9	2,6	3,0	5,1
• De trànsit	8,5	9,3	6,6	11,9	6,3
• Resta traumàtics	34,4	35,0	32,9	23,8	41,1
2017					
Total (N)	213	149	64	90	123
In itinere	51,6	48,3	59,4	61,1	44,7
En jornada laboral					
• No traumàtiques	6,1	7,4	3,1	6,7	5,7
• De trànsit	5,6	6,0	4,7	6,7	4,9
• Resta traumàtics	36,6	38,3	32,8	25,6	44,7



- ➡ Les LGAT són més freqüents en els homes i les persones en ocupacions manuals.
- ➡ Respecte l'any anterior ha disminuït el nombre total de LGAT (46 lesions menys, un 17,8% menys al 2016) i també el de tots els grups analitzats, destacant la reducció en ocupacions manuals (han passat de 158 a 123).
- ➡ De la mateixa manera que els darrers anys, les lesions més freqüents han estat les *in itinere* en tots els grups analitzats, seguides de les traumàtiques en jornada, excepte en les ocupacions manuals en què ambdós tipus de lesions han estat igual de freqüents.
- ➡ Enguany han disminuït tots els tipus de lesions, excepte les lesions no traumàtiques en jornada que s'han incrementat lleugerament (han passat de 11 a 13). Cal destacar la reducció d'accidents de trànsit (45,8% menys), les *in itinere* en els homes (22,6%) i les ocupacions manuals (26,7%) i les lesions traumàtiques en jornada també en les ocupacions manuals (15,3%).

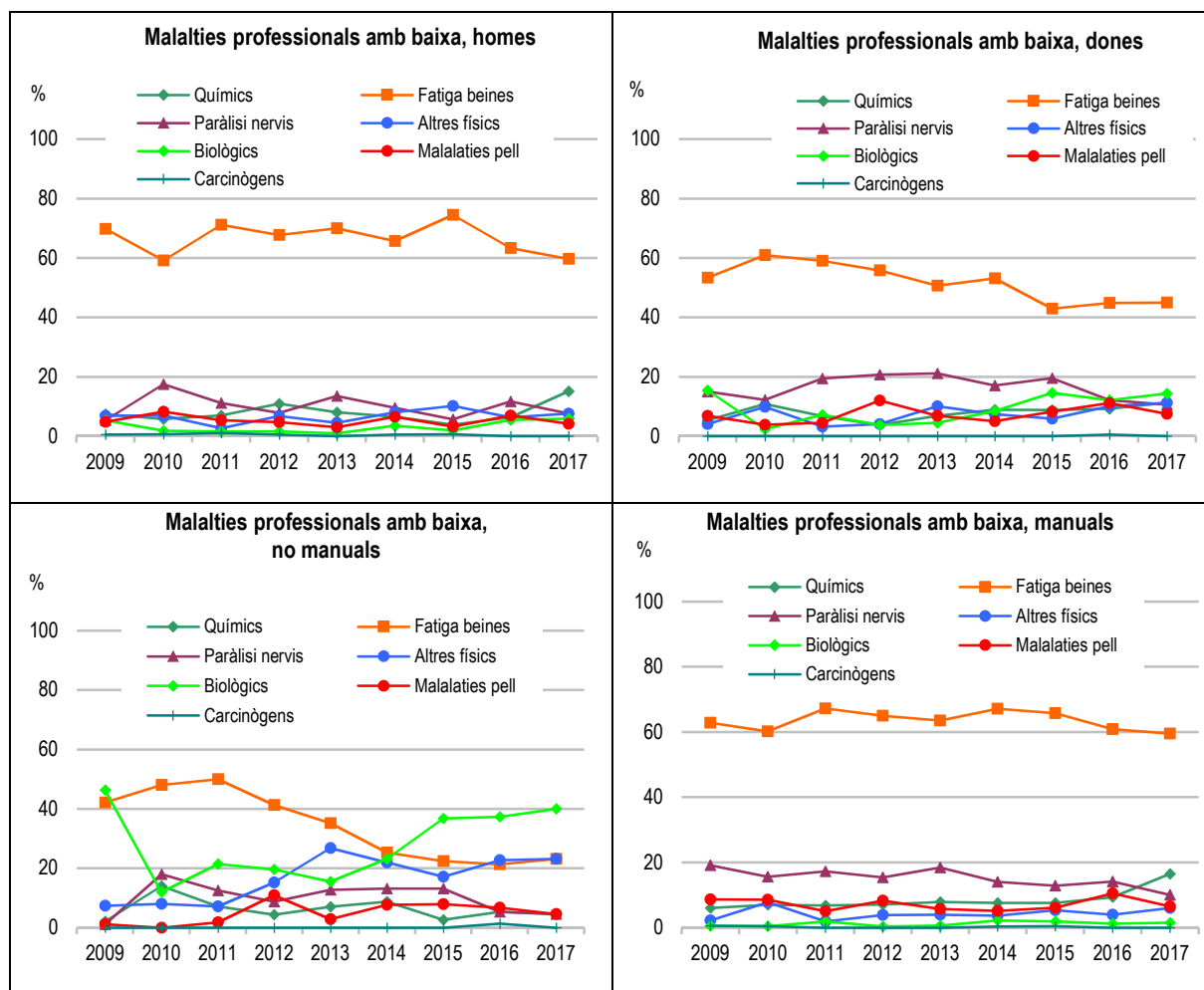
7.1.3.5 Tipus de malalties professionals amb baixa

- Definició: Proporció de MPB segons diagnòstic (malalties de la pell, infeccioses i parasitàries, per fatiga de beines tendinoses, per paràlisi dels nervis deguda a pressió, altres).
- Càlcul: Nombre de MPB de cada diagnòstic / Nombre de MPB.
- Font: Elaboració pròpia i del DTASF - Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del Sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social (CEPROSS).

Malalties professionals amb baixa (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL		
2009	Total	Homes	Dones	No manual	Manual	Perduts
Total (N)	435	189	246	95	183	157
Malalties per agents químics	6,2	7,4	5,3	2,1	6,0	51,9
M. per fatiga de beines tendinoses	60,5	69,8	53,3	42,1	62,8	41,1
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	10,8	5,3	15,0	1,1	19,1	23,4
M. per altres agents físics	5,3	6,9	4,1	7,4	2,2	52,2
M. per agents biològics	11,0	5,3	15,4	46,3	0,5	6,3
M. de la pell	6,0	4,8	6,9	1,1	8,7	34,6
M. per agents carcinògens	0,2	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0
2010						
Total (N)	384	171	213	50	256	78
Malalties per agents químics	8,6	5,8	10,8	14,0	7,0	24,2
M. per fatiga de beines tendinoses	60,2	59,1	61,0	48,0	60,2	22,9
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	14,6	17,5	12,2	18,0	15,6	12,5
M. per altres agents físics	8,6	7,0	9,9	8,0	7,8	27,3
M. per agents biològics	2,1	1,8	2,3	12,0	0,4	12,5
M. de la pell	5,7	8,2	3,8	0,0	8,6	0,0
M. per agents carcinògens	0,3	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0
2011						
Total (N)	409	187	222	56	323	30
Malalties per agents químics	6,8	7,0	6,8	7,1	6,8	7,1
M. per fatiga de beines tendinoses	64,5	71,1	59,0	50,0	67,2	7,2
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	15,6	11,2	19,4	12,5	17,3	1,6
M. per altres agents físics	2,9	2,7	3,2	7,1	1,9	16,7
M. per agents biològics	4,6	1,6	7,2	21,4	1,9	5,3
M. de la pell	4,9	5,3	4,5	1,8	5,0	15,0
M. per agents carcinògens	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	100,0
2012						
Total (N)	409	192	217	46	337	26
Malalties per agents químics	7,1	10,9	3,7	4,3	7,1	10,3
M. per fatiga de beines tendinoses	61,4	67,7	55,8	41,3	65,0	5,2
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	14,7	7,8	20,7	8,7	15,4	6,7
M. per altres agents físics	5,4	6,8	4,1	15,2	3,9	9,1
M. per agents biològics	2,7	1,6	3,7	19,6	0,3	9,1
M. de la pell	8,6	4,7	12,0	10,9	8,3	5,7
M. per agents carcinògens	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	100,0
2013						
Total (N)	447	200	247	71	353	23
Malalties per agents químics	7,4	8,0	6,9	7,0	7,9	0,0
M. per fatiga de beines tendinoses	59,3	70,0	50,6	35,2	63,5	69,6
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	17,7	13,5	21,1	12,7	18,4	21,7
M. per altres agents físics	7,6	4,5	10,1	26,8	4,0	4,3
M. per agents biològics	2,9	1,0	4,5	15,5	0,6	0,0
M. de la pell	5,1	3,0	6,9	2,8	5,7	4,3
M. per agents carcinògens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Malalties professionals amb baixa (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL		
2014	Total	Homes	Dones	No manual	Manual	Perduts
Total (N)	459	201	258	91	356	12
Malalties per agents químics	7,8	6,5	8,9	8,8	7,6	8,3
M. per fatiga de beines tendinoses	58,6	65,7	53,1	25,3	67,1	58,3
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	13,7	9,5	17,1	13,2	14,0	8,3
M. per altres agents físics	7,6	8,0	7,4	22,0	3,7	16,7
M. per agents biològics	6,3	3,5	8,5	23,1	2,2	0,0
M. de la pell	5,7	6,5	5,0	7,7	5,1	8,3
M. per agents carcinògens	0,2	0,5	0,0	0,0	0,3	0,0
2015						
Total (N)	362	157	205	76	263	23
Malalties per agents químics	6,6	3,8	8,8	2,6	7,6	8,7
M. per fatiga de beines tendinoses	56,6	74,5	42,9	22,4	65,8	65,2
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	13,5	5,7	19,5	13,2	12,9	21,7
M. per altres agents físics	7,7	10,2	5,9	17,1	5,3	4,3
M. per agents biològics	9,1	1,9	14,6	36,8	1,9	0,0
M. de la pell	6,1	3,2	8,3	7,9	6,1	0,0
M. per agents carcinògens	0,3	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0
2016						
Total (N)	335	128	207	75	248	12
Malalties per agents químics	8,1	6,3	9,2	5,3	9,3	0,0
M. per fatiga de beines tendinoses	51,9	63,3	44,9	21,3	60,9	58,3
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	11,9	11,7	12,1	5,3	14,1	8,3
M. per altres agents físics	8,7	6,3	10,1	22,7	4,0	16,7
M. per agents biològics	9,6	5,5	12,1	37,3	1,2	8,3
M. de la pell	9,6	7,0	11,1	6,7	10,5	8,3
M. per agents carcinògens	0,3	0,0	0,5	1,3	0,0	0,0
2017						
Total (N)	279	119	160	65	200	14
Malalties per agents químics	12,9	15,1	11,3	4,6	16,5	0,0
M. per fatiga de beines tendinoses	51,3	59,7	45,0	23,1	59,5	64,3
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	9,3	7,6	10,6	4,6	10,0	21,4
M. per altres agents físics	9,7	7,6	11,3	23,1	6,0	0,0
M. per agents biològics	10,8	5,9	14,4	40,0	1,5	7,1
M. de la pell	6,1	4,2	7,5	4,6	6,5	7,1
M. per agents carcinògens	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Nota: El grup de malalties per agents químics inclou les malalties causades per inhalació de substàncies i agents no compresos en altres apartats.



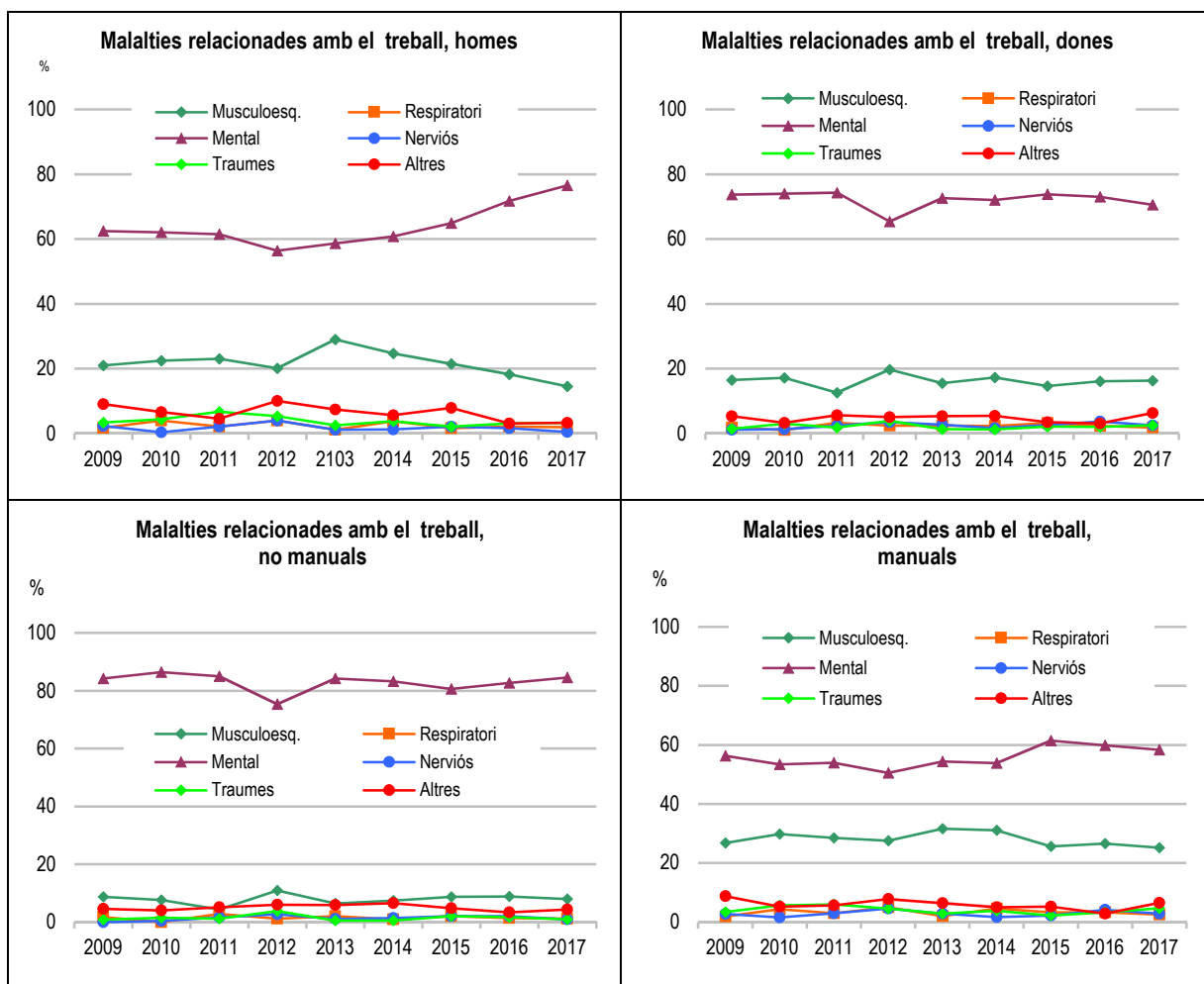
- ➡ Les MPB són més freqüents en les dones i sobretot en les persones en ocupacions manuals.
- ➡ Les MPB han disminuït en tots els grups analitzats respecte l'any anterior (se n'han declarat 279, un 16,7% menys), sobretot en les dones (un 22,7% menys) i les ocupacions manuals (19,4%).
- ➡ La major part de les MPB són malalties que afecten el sistema musculoesquelètic (en primer lloc les malalties per fatiga de les beines tendinoses i en segon les malalties per paràlisi dels nervis deguda a pressió). En les ocupacions no manuals, en canvi, en els darrers anys els grups més freqüents han estat tres: les malalties per agents biològics, les degudes a altres agents físics i les malalties per fatiga de les beines tendinoses.
- ➡ El 2017 han disminuït tots els grups diagnòstics excepte les malalties per agents químics que han augmentat un 32,6% (9 més que l'any passat). Cal destacar la disminució de les malalties musculoesquelètiques: un 17,7% les degudes a fatiga de beines tendinoses i un 34,9% les paràlisis dels nervis deguda a pressió. En el primer grup destaca la disminució d'un 22,5% en les dones i un 21,2% en les ocupacions manuals. Respecte el segon grup, destaca la disminució del 39,6% en els homes i del 42,8% en les ocupacions manuals. Quant a les malalties de la pell, que havien augmentat un 50% l'any 2016, enguany han disminuït un 47,1%. Cal esmentar que el 2017 no s'ha declarat cap MPB per agents carcinògens (se'n van notificar 4 sense baixa).

7.1.3.6 Tipus de malalties relacionades amb el treball

- Definició: Proporció de MRT segons diagnòstic (malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu, malalties del sistema respiratori, trastorns mentals i del comportament, malalties del sistema nerviós, traumatismes i enverinaments, altres).
- Càlcul: Nombre de MRT de cada diagnòstic / Nombre de MRT.
- Font: Registre de MRT de la USL de Barcelona de l'ASPB.

Malalties relacionades amb el treball (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL	
2009	<i>Total</i>	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>No manual</i>	<i>Manual</i>
Total (N)	511	177	334	242	262
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	18,0	21,0	16,5	8,7	26,8
M. del sistema respiratori	1,8	1,7	1,8	1,7	1,9
Trastorns mentals i del comportament	69,8	62,5	73,7	84,3	56,3
M. del sistema nerviós	1,6	2,3	1,2	-	2,7
Traumatismes i enverinaments	2,2	3,4	1,5	0,8	3,4
Altres	6,7	9,1	5,4	4,5	8,8
2010					
Total (N)	590	229	361	276	306
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	19,2	22,5	17,2	7,6	29,8
M. del sistema respiratori	2,2	4,0	1,1	-	4,3
Trastorns mentals i del comportament	69,4	62,1	74,0	86,5	53,4
M. del sistema nerviós	1,0	0,4	1,4	0,4	1,6
Traumatismes i enverinaments	3,6	4,4	3,0	1,5	5,6
Altres	4,6	6,6	3,3	4,0	5,2
2011					
Total (N)	529	195	334	254	267
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	16,4	23,1	12,6	4,3	28,5
M. del sistema respiratori	2,8	2,1	3,3	2,8	3,0
Trastorns mentals i del comportament	69,6	61,5	74,3	85,0	53,9
M. del sistema nerviós	2,3	2,1	2,4	1,6	3,0
Traumatismes i enverinaments	3,6	6,7	1,8	1,2	6,0
Altres	5,3	4,6	5,7	5,1	5,6
2012					
Total (N)	403	149	254	183	218
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	19,9	20,1	19,7	10,9	27,5
M. del sistema respiratori	3,0	4,0	2,4	1,1	5,0
Trastorns mentals i del comportament	62,0	56,4	65,4	75,4	50,5
M. del sistema nerviós	3,7	4,0	3,5	2,7	4,6
Traumatismes i enverinaments	4,5	5,4	3,9	3,8	4,6
Altres	6,9	10,1	5,1	6,0	7,8
2013					
Total (N)	458	162	296	204	250
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	20,3	29,0	15,5	6,4	31,6
M. del sistema respiratori	2,0	1,2	2,4	2,0	2,0
Trastorns mentals i del comportament	67,7	58,6	72,6	84,3	54,4
M. del sistema nerviós	2,2	1,2	2,7	1,0	2,8
Traumatismes i enverinaments	1,7	2,5	1,4	0,5	2,8
Altres	6,1	7,4	5,4	5,9	6,4

Malalties relacionades amb el treball (%)		SEXE		CLASSE SOCIAL	
2014	<i>Total</i>	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>No manual</i>	<i>Manual</i>
Total (N)	466	159	307	215	239
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	19,8	24,7	17,3	7,4	31,1
M. del sistema respiratori	2,8	3,8	2,3	0,9	4,6
Trastorns mentals i del comportament	68,2	60,8	72,0	83,3	53,8
M. del sistema nerviós	1,5	1,3	1,6	1,4	1,7
Traumatismes i enverinaments	2,2	3,8	1,3	0,5	3,8
Altres	5,6	5,7	5,5	6,5	5,0
2015					
Total (N)	531	191	340	252	270
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	17,1	21,5	14,7	8,7	25,6
M. del sistema respiratori	2,6	1,6	3,2	2,0	3,3
Trastorns mentals i del comportament	70,6	64,9	73,8	80,6	61,5
M. del sistema nerviós	2,4	2,1	2,6	2,0	2,2
Traumatismes i enverinaments	2,1	2,1	2,1	2,0	2,2
Altres	5,1	7,9	3,5	4,8	5,2
2016					
Total (N)	546	191	355	295	241
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	16,8	18,3	16,1	8,8	26,6
M. del sistema respiratori	2,2	2,1	2,3	1,4	3,3
Trastorns mentals i del comportament	72,5	71,7	73,0	82,7	59,8
M. del sistema nerviós	2,9	1,6	3,7	2,0	4,1
Traumatismes i enverinaments	2,4	3,1	2,0	1,7	3,3
Altres	3,1	3,1	3,1	3,4	2,9
2017					
Total (N)	611	213	398	324	278
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	15,7	14,6	16,3	8,0	25,2
M. del sistema respiratori	1,8	1,9	1,8	1,2	2,5
Trastorns mentals i del comportament	72,7	76,5	70,6	84,6	58,3
M. del sistema nerviós	1,8	,5	2,5	,9	2,9
Traumatismes i enverinaments	2,8	3,3	2,5	,9	4,7
Altres	5,2	3,3	6,3	4,3	6,5
Nota: Els valors perduts en la variable classe social varien entre 2,6% (any 2014) i 0,9% (any 2013).					



- ➡ Les MRT notificades pels CAPs són més freqüents en les dones.
- ➡ Els problemes de salut mental (bàsicament de tipus ansiós i depressiu) són els més freqüents en tots els grups analitzats, seguits dels musculesquelètics.
- ➡ El 2017 han augmentat les MRT (se n'han notificat 611, un 11,9% més). Tots els grups diagnòstics han augmentat excepte les malalties del sistema respiratori (8,4% menys) i les del sistema nerviós (30,5% menys). Els trastorns mentals i del comportament han augmentat en tots els grups, però especialment en les homes (19,0% més), mentre que els musculesquelètics han seguit una evolució diferent segons els grups analitzats: han disminuït en els homes (11,4%) i augmentat en les dones (13,5%) i les ocupacions manuals (9,3%). També cal esmentar l'augment del grup altres diagnòstics, sobretot en les dones (han passat de 11 a 25) i les ocupacions manuals (de 7 a 18), que majoritàriament corresponen a malalties d'ulls i annexes i malalties de la pell i teixit subcutani.

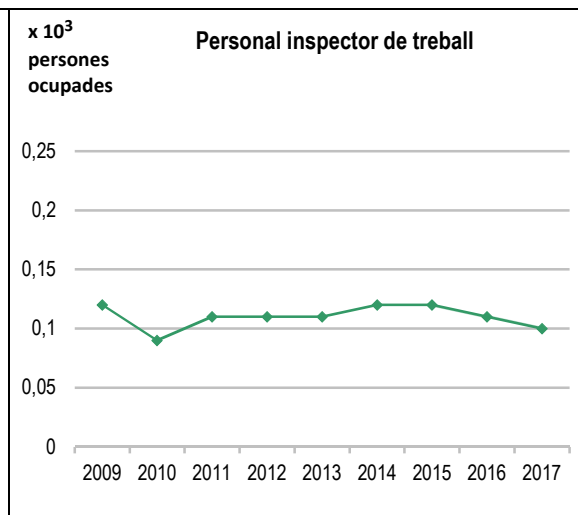
7.1.4 RECURSOS PER A LA PREVENCIÓ

7.1.4.1 Capacitat de fer complir la legislació específica de salut i prevenció de riscos laborals

- Definició: Nombre d'inspectors i inspectores de treball per 1.000 persones ocupades.
- Càlcul: Nombre d'inspectors i inspectores de treball / Població ocupada.
- Font: Inspecció de Treball de Catalunya, DTASF de la Generalitat de Catalunya. EPA, elaboració del DEAB a partir de dades de l'INE.

Personal inspector de treball (x 1.000 persones ocupades)	TOTAL
2009	0,12
2010	0,09
2011	0,11
2012	0,11
2013	0,11
2014	0,12
2015	0,12
2016	0,11
2017	0,10

Nota: L'any 2014 va canviar la base poblacional. Les dades del període 2009-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



- ➡ La taxa d'inspectors i inspectores de la província de Barcelona, que són els mateixos que actuen a nivell de Barcelona ciutat, s'ha reduït en relació a l'any anterior, atès que ha augmentat la població ocupada i ha disminuït lleugerament el nombre de professionals, passant de 78 el 2016 (incloent 8 tècnics habilitats) a 76 el 2017 (incloent 14 tècnics habilitatsⁿ).

ⁿ L'activitat dels tècnics habilitats està íntegrament dedicada a la Seguretat i Salut Laboral (Si SL) mentre que la dels inspectors i inspectores inclou a més les relacions laborals, ocupació i estrangeria i Seguretat Social. Aproximadament el 50% de l'activitat de la Inspecció de Treball de Catalunya es dedica a la Si SL.

7.2 TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT

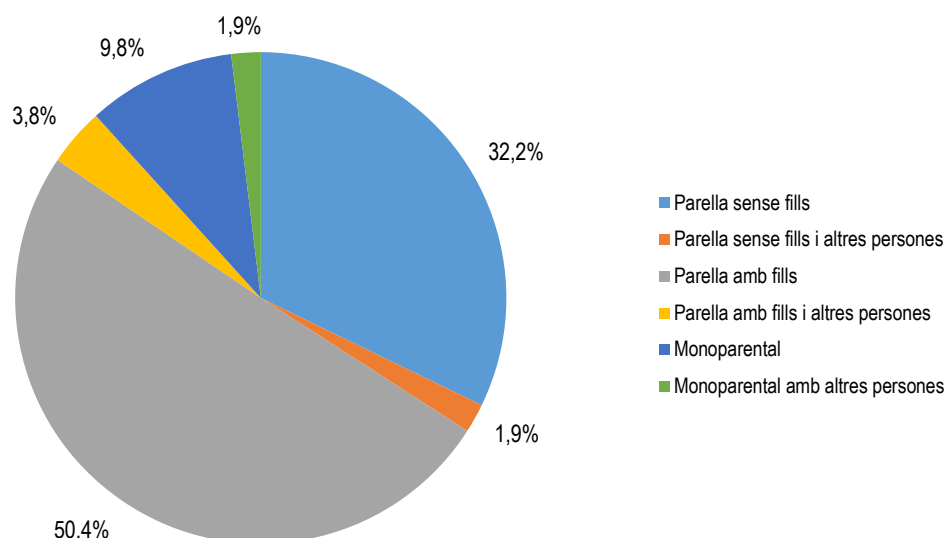
7.2.2 CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES GENERALS DE LA POBLACIÓ^o

7.2.2.1 Tipologia de les llars

- Definició: Proporció de persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic segons el tipus de llar en què viuen
- Càlcul: Nombre de persones que viu en cada tipus de llar / total de persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic^p
- Font: Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA)

Tipus de llar (%)	Parella sense fills	Parella sense fills i altres persones	Parella amb fills	Parella amb fills i altres persones	Monoparental	Monoparental amb altres persones
2017	32,2	1,9	50,4	3,8	9,8	1,9

Tipologia de les llars amb necessitats de treball de cura i domèstic. Any 2017



- ➡ Les llars amb necessitats de treball de cura i domèstic més freqüents entre la població seleccionada són les de parella amb fills i parella sense fills (la meitat i una tercera part, respectivament). Les llars monoparentals són entre el 10% i el 12%.

^o Persones majors de 15 anys residents a la ciutat de Barcelona que viuen en una llar on potencialment han de realitzar treball domèstic i de cura no remunerat, que no tenen cap discapacitat o limitació funcional.

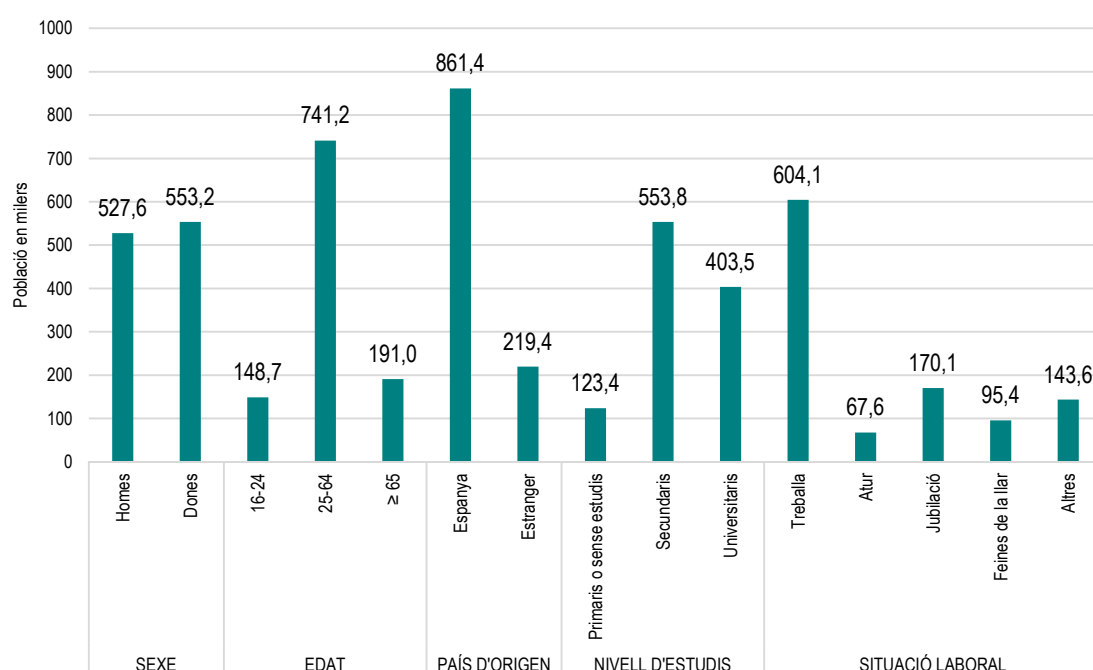
^p Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses.

7.2.2.2 Població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic

- Nombre de persones de 16 anys i més que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic
- Càlcul: Nombre de persones de 16 anys i més que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic⁹
- Font: ESCA

Població (en milers)		SEXE		EDAT			PAÍS D'ORIGEN		NIVELL D'ESTUDIS			SITUACIÓ LABORAL				
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Atur	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	1.080,8	527,6	553,2	148,7	741,2	191,0	861,4	219,4	123,4	553,8	403,5	604,1	67,6	170,1	95,4	143,6

Població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic . Any 2017



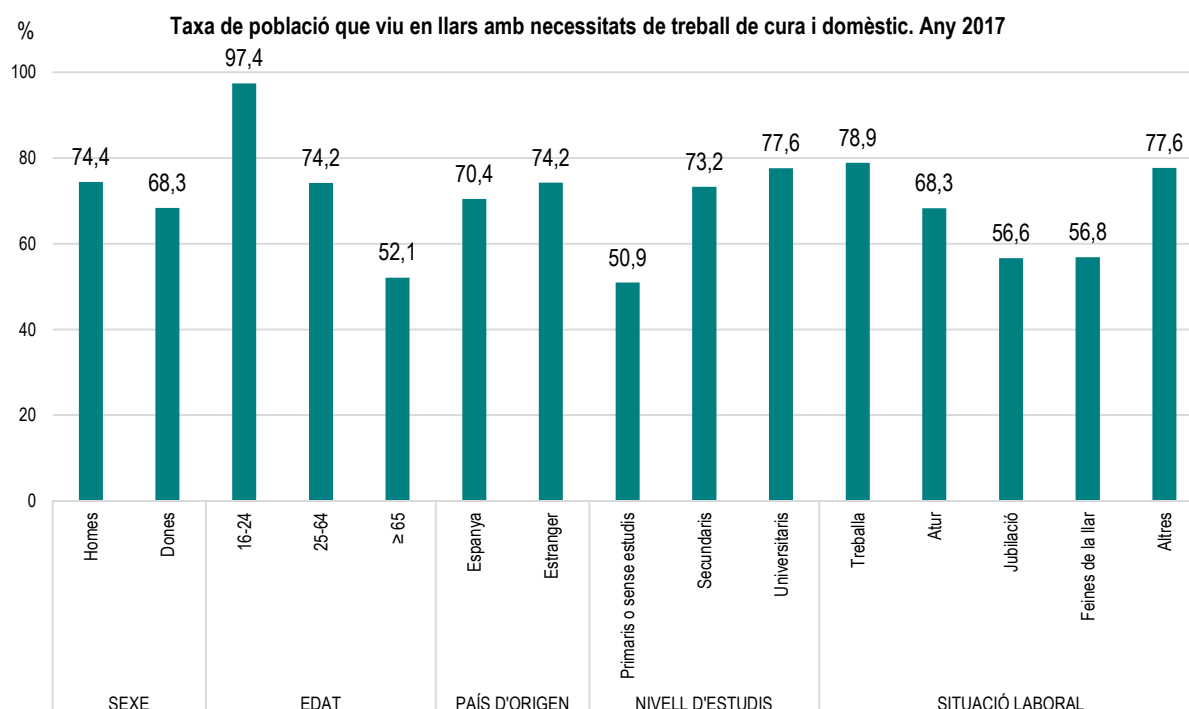
- ➡ Més d'un milió de persones residents a Barcelona viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic.
- ➡ Els grups amb més població que viu en llars en què s'ha de realitzar treball de cura i domèstic són les dones, les persones de 25 a 64 anys, les espanyoles, les que tenen educació secundària i les que treballen.

⁹ Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses.

7.2.2.3 Taxa de població que viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic

- Definició: Proporció de persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic entre la població de 16 anys i més
- Càlcul: Nombre de persones viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic^r / Nombre de persones de 16 anys i més
- Font: ESCA

Taxa (%)		SEXE		EDAT			PAÍS D'ORIGEN		NIVELL D'ESTUDIS			SITUACIÓ LABORAL				
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Atur	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	71,2	74,4	68,3	97,4	74,2	52,1	70,4	74,2	50,9	73,2	77,6	78,9	68,3	56,6	56,8	77,6



- ➔ Prop de ¾ parts de la població resident a Barcelona major de 15 anys viu en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic.
- ➔ La proporció d'homes que viuen en llars en què s'ha de realitzar treball de cura i domèstic és lleugerament superior al de dones (cal tenir en compte que no s'inclouen les llars unipersonals, on les dones són majoria^s). Aquesta proporció disminueix amb l'edat i el nivell d'estudis, és lleugerament superior en persones estrangeres i més freqüent entre les persones que treballen i les que la seva situació laboral pertany al grup altres (entre les que s'inclouen les que són estudiants).

^r Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses.

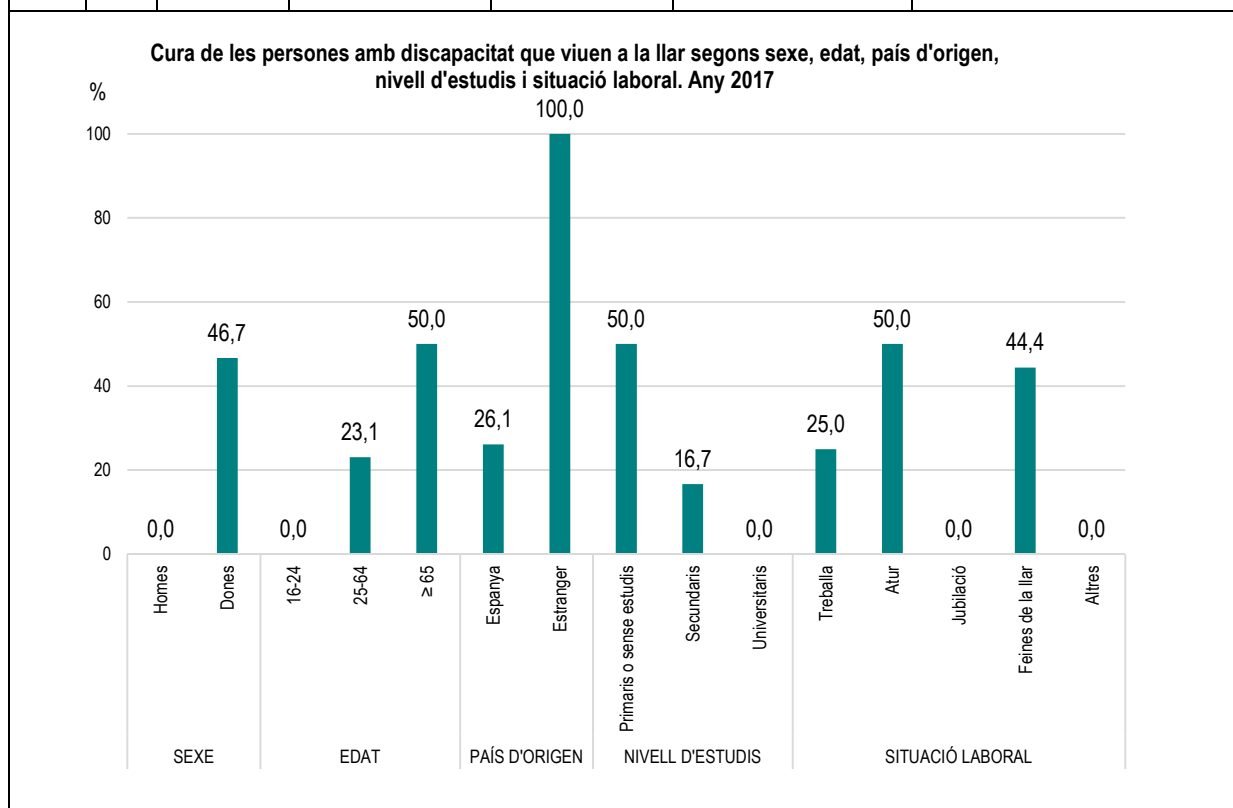
^s El 60,5% de les llars unipersonals correspon a dones, mentre un 39,5% correspon a homes (entre les persones majors de 15 anys, residents a Barcelona ciutat, que no tenen cap discapacitat o limitació funcional i que van respondre el qüestionari general d'adults de l'ESCA-2017).

7.2.3 DEDICACIÓ A LA CURA DE PERSONES I A LES FEINES DE LA LLAR

7.2.3.1 Cura de les persones amb discapacitat que viuen a la llar

- Definició: Proporció de persones que són les úniques encarregades de la cura de les persones amb discapacitat o amb limitacions funcionals que viuen a la llar
- Càlcul: Nombre de persones que declaren ser les úniques encarregades de la cura de les persones amb discapacitat o amb limitacions funcionals que viuen a la llar / Total de persones que conviuen amb una persona amb discapacitat o amb limitacions funcionals
- Font: ESCA

%		SEXE		EDAT			PAÍS D'ORIGEN		NIVELL D'ESTUDIS			SITUACIÓ LABORAL				
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Atur	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	29,6	0,0	46,7	0,0	23,1	50,0	26,1	100,0	50,0	16,7	0,0	25,0	50,0	0,0	44,4	0,0



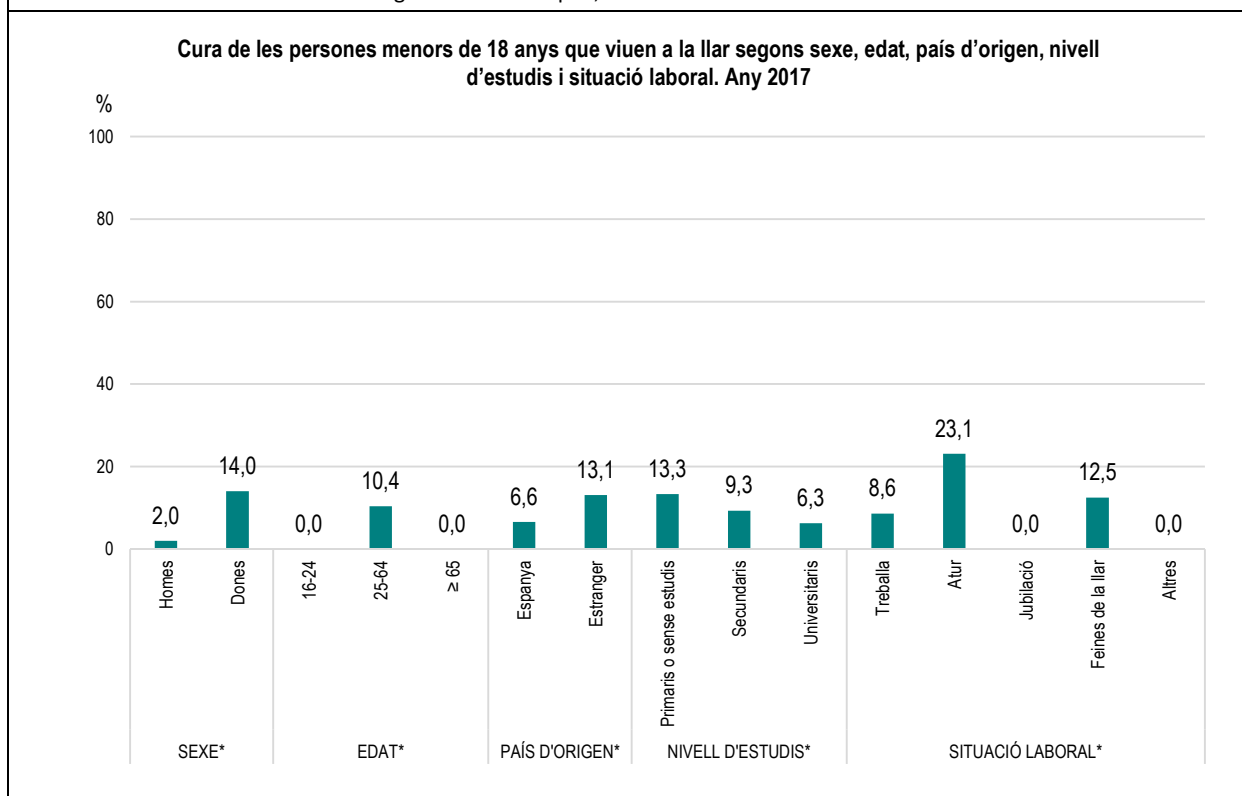
- El 29,6% de les persones que viuen en llars amb persones amb discapacitat són les cuidadores principals d'aquestes persones.
- Les dones, les persones més grans, les nascudes a l'estranger, les de nivell d'estudis més baix, les aturades i les que es dediquen a les feines de la llar, són les que en major mesura declaren ser les úniques encarregades de la cura de les persones amb discapacitat que viuen a la llar. Les diferències de dedicació segons els grups analitzats no són estadísticament significatives, probablement degut al baix nombre de persones que conviuen amb persones amb discapacitat (n=24)

7.2.3.2 Cura de les persones menors de 18 anys que viuen a la llar

- Definició: Proporció de persones que són les úniques encarregades de la cura de les persones menors de 18 anys (sense discapacitats) que viuen a la llar
- Càlcul: Nombre de persones que declaren ser les úniques encarregades de la cura de les persones menors de 18 anys (sense discapacitats) que viuen a la llar / Total de persones que conviuen amb una persona menor de 18 anys (sense discapacitats)
- Font: ESCA

%		SEXE*		EDAT*			PAÍS D'ORIGEN*		NIVELL D'ESTUDIS*			SITUACIÓ LABORAL*				
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Atur	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	8,5	2,0	14,0	0,0	10,4	0,0	6,6	13,1	13,3	9,3	6,3	8,6	23,1	0,0	12,5	0,0

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$



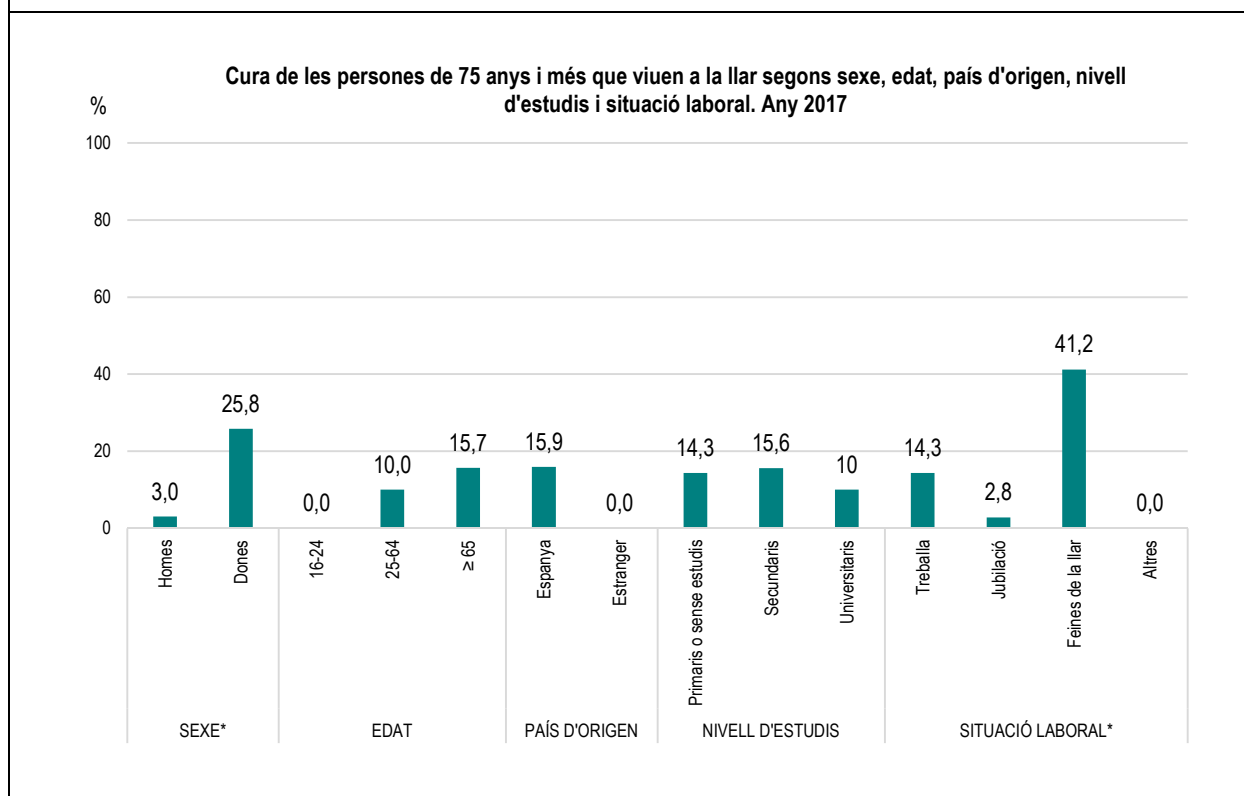
- ➡ El 8,5% de les persones que conviuen amb menors de 18 anys són les principals responsables de la seva cura.
- ➡ Les dones, les persones de 25 a 64 anys, les nascudes a l'estranger, les de nivell d'estudis més baix i les que estan en atur, són les que en més freqüència declaren ser les encarregades úniques de la cura de les persones menors de 18 anys.

7.2.3.3 Cura de les persones de 75 anys o més que viuen a la llar

- Definició: Proporció de persones que són les úniques encarregades de la cura de les persones de 75 anys i més (sense discapacitats) que viuen a la llar
- Càlcul: Nombre de persones que declaren ser les úniques encarregades de la cura de les persones de 75 anys i més (sense discapacitats) que viuen a la llar/Total de persones que conviuen amb una persona de 75 anys i més (sense discapacitats)
- Font: ESCA

%		SEXE*		EDAT			PAÍS D'ORIGEN		NIVELL D'ESTUDIS			SITUACIÓ LABORAL*			
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	14,2	3,0	25,8	0,0	10,0	15,7	15,9	0,0	14,3	15,6	10	14,3	2,8	41,2	0,0

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$



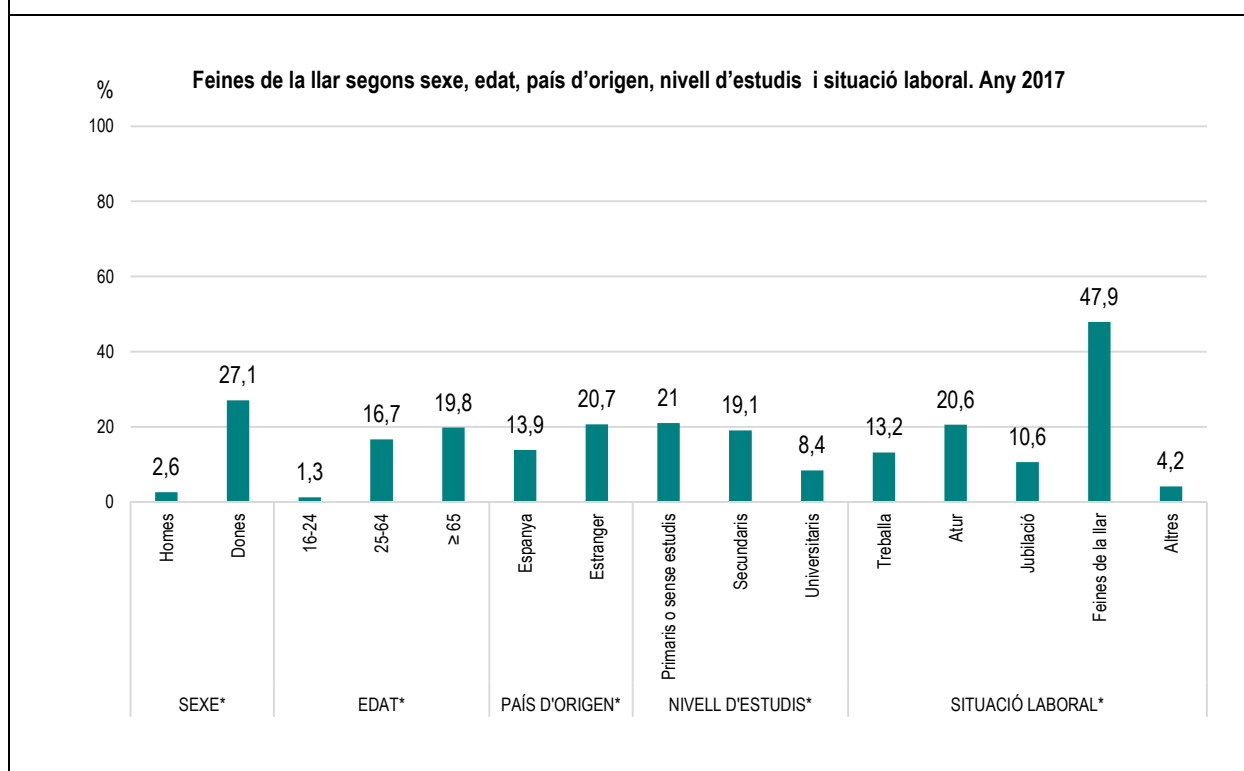
- El 14,2% de les persones que conviuen amb majors de 74 anys són les responsables principals de la seva cura.
- Les dones i les persones que es dediquen a les feines de la llar són les que amb major freqüència declaren ser les encarregades úniques de les persones de 75 anys i més que viuen a la llar. No hi ha diferències en relació a les altres característiques considerades, malgrat els resultats suggereixen que són més freqüents en persones espanyoles i en majors de 64 anys [cal tenir en compte que el nombre de persones que viuen amb majors de 74 anys és molt reduït (n=64)].

7.2.3.4 Feines de la llar

- Definició: Proporció de persones que són les úniques encarregades de les feines de la llar (netejar, planxar, cuinar, etc.)
- Càlcul: Nombre de persones que declaren ser les úniques encarregades de les feines de la llar (netejar, planxar, cuinar, etc.) / Total de persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic^t
- Font: ESCA

%		SEXE*		EDAT*			PAÍS D'ORIGEN*		NIVELL D'ESTUDIS*			SITUACIÓ LABORAL*				
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Atur	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	15,2	2,6	27,1	1,3	16,7	19,8	13,9	20,7	21	19,1	8,4	13,2	20,6	10,6	47,9	4,2

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$



- ➔ El 15,2% de les persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic tenen la responsabilitat principal de la dedicació a les tasques de la llar com netejar, planxar, cuinar, etc.
- ➔ Les dones, les persones majors de 64 anys, les nascudes a l'estranger, les que tenen un nivell d'estudis inferior a l'universitari, i les que es dediquen a les feines de la llar, són les que majoritàriament declaren ser les úniques encarregades de les feines de la llar.

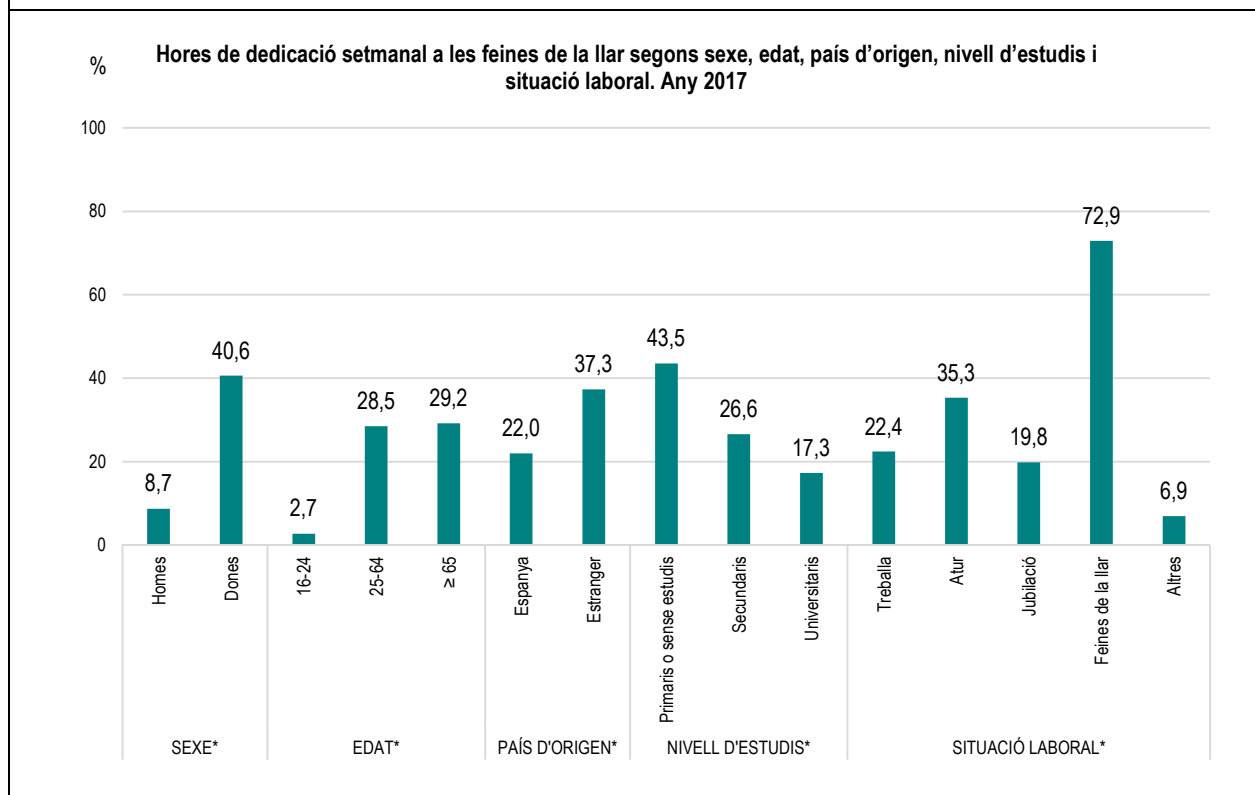
^t Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses.

7.2.3.5 Hores de dedicació setmanal a les feines de la llar

- Definició: Proporció de persones que dediquen 14 hores setmanals o més a la realització de les feines de la llar
- Nombre de persones que dediquen 14 hores setmanals o més (incloent dies feiners i caps de setmana) a la realització de les feines de la llar (netejar, planxar, cuinar, etc.) / Total de persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic^u
- Font: ESCA

%		SEXE*		EDAT*			PAÍS D'ORIGEN*		NIVELL D'ESTUDIS*			SITUACIÓ LABORAL*				
	Total	Homes	Dones	16-24	25-64	≥ 65	Espanya	Estranger	Primaris o sense estudis	Secundaris	Universitaris	Treballa	Atur	Jubilació	Feines de la llar	Altres
2017	25,2	8,7	40,6	2,7	28,5	29,2	22,0	37,3	43,5	26,6	17,3	22,4	35,3	19,8	72,9	6,9

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$



- ➡ Una quarta part de les persones que viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic dediquen 14 o més hores setmanals a les tasques de la llar.
- ➡ Les dones, les persones més grans de 24 anys, les nascudes a l'estranger, les de nivell d'estudis més baix i les que es dediquen a les feines de la llar, són les que més hores dediquen a les feines de la llar.

^u Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses.

7.2.4 ESTAT DE SALUT

7.2.4.1 Estat de salut segons la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar

En tots els casos, els indicadors d'estat de salut segons el grau de dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar venen expressats com a proporció de persones amb determinat estat de salut. Pel càlcul d'aquesta proporció s'ha utilitzat, com a numerador, el nombre de persones que presenten un determinat estat de salut i, com a denominador, el total de persones que viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació"). Les categories de la variable "persona principal encarregada" són les següents:

- a) *Persona entrevistada*: la cura o feines les realitza únicament la persona entrevistada
- b) *Cura compartida*: la cura o les feines es realitzen de manera compartida entre la persona entrevistada i una altra persona (parella de l'entrevistada o altra persona convivent o persona contractada)
- c) *Altres persones*: la cura o feines les realitzen altres persones sense la participació de l'entrevistada (la parella de la entrevistada o una altra convivent o altre familiar que no viu a la llar o una persona contractada)
- d) *Pròpia persona*: la cura la realitza la pròpia persona objecte de la cura

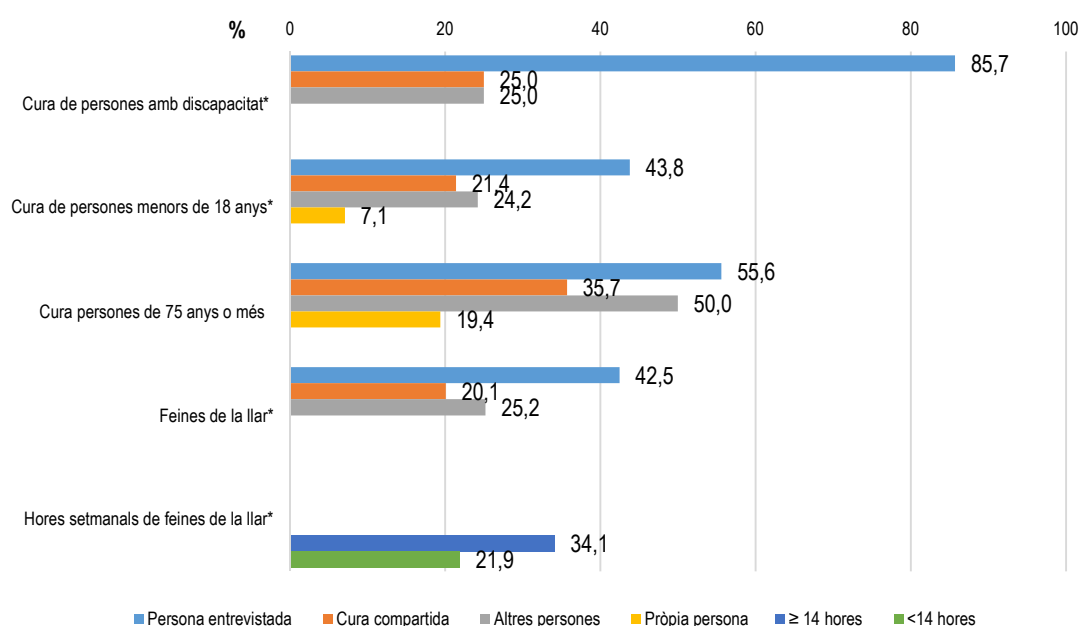
7.2.4.1.1 Benestar mental

- Definició: Proporció de persones amb manca de benestar mental (puntuació de 26 punts o menys a l'escala WEMWBS)
- Càlcul: Nombre de persones amb una puntuació de 26 punts o menys a l'escala WEMWBS / Total de persones que viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació")
- Font: ESCA

%	PERSONA PRINCIPAL ENCARREGADA				HORES SETMANALS DE DEDICACIÓ	
2017	<i>Persona entrevistada</i>	<i>Cura compartida</i>	<i>Altres persones</i>	<i>Pròpia persona</i>	<i>≥ 14 hores</i>	<i><14 hores</i>
Cura de persones amb discapacitat*	85,7	25	25,0	0,0		
Cura de persones menors de 18 anys*	43,8	21,4	24,2	7,1		
Cura persones de 75 anys o més	55,6	35,7	50,0	19,4		
Feines de la llar*	42,5	20,1	25,2			
Hores setmanals de feines de la llar*					34,1	21,9

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$

Proporció de persones amb manca de benestar mental segons la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar. Any 2017



- ➡ En tots els indicadors de treball de cura, ser-ne la persona principal encarregada s'associa a menys benestar mental (en el cas de les encarregades principals de la cura de les persones amb discapacitat, si bé destaca per l'elevada proporció de persones amb baix benestar mental, els models multivariats no mostren significació estadística). El mateix resultat s'observa pel que fa a la dedicació de 14 o més hores setmanals a les tasques de la llar.
- ➡ Compartir la cura de persones amb discapacitat, de menors de 18 anys i les tasques de la llar, s'associa a més benestar mental. Els resultats suggereixen una associació similar en relació amb la cura de les persones de 75 anys o més (tot i que les diferències no són estadísticament significatives).
- ➡ Que la persona principal encarregada de la cura de persones amb discapacitat, menors de 18 anys i tasques de la llar sigui una altra, s'associa a un nivell de benestar mental similar a la cura compartida d'aquestes persones, així com la dedicació compartida a les tasques de la llar (una mica menys en aquest darrer cas).

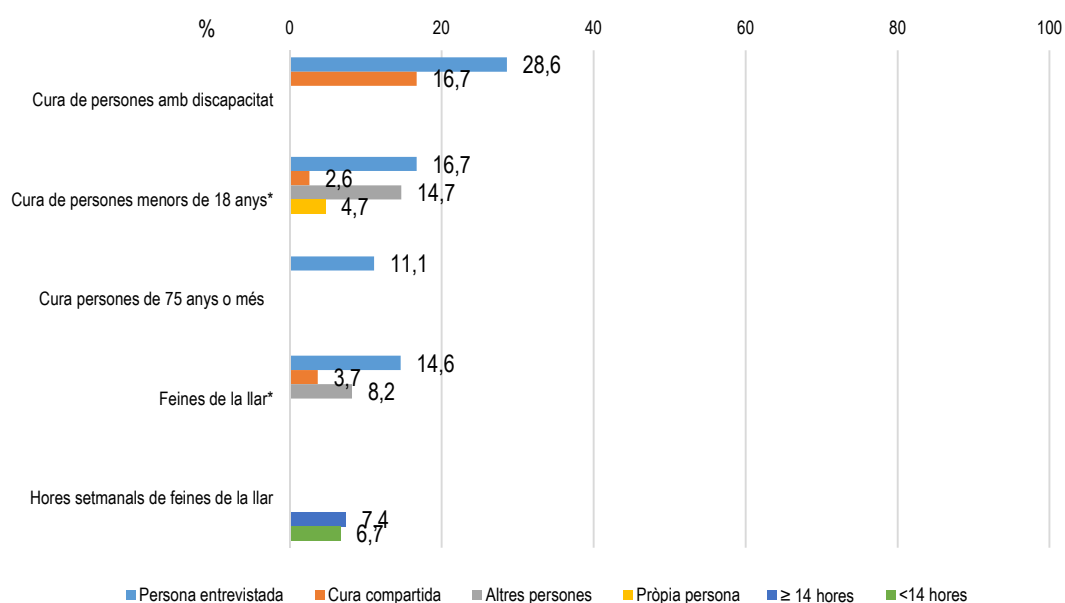
7.2.4.1.2 Depressió i/o ansietat

- Definició: Proporció de persones amb depressió i/o ansietat en els darrers 12 mesos
- Càlcul: Nombre de persones que declaren haver patit depressió i/o ansietat en els darrers 12 mesos / Total de persones viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació")
- Font: ESCA

%	PERSONA PRINCIPAL ENCARREGADA				HORES SETMANALS DE DEDICACIÓ	
2017	<i>Persona entrevistada</i>	<i>Cura compartida</i>	<i>Altres persones</i>	<i>Pròpia persona</i>	<i>≥ 14 hores</i>	<i><14 hores</i>
Cura de persones amb discapacitat	28,6	16,7	0,0	0,0		
Cura de persones menors de 18 anys*	16,7	2,6	14,7	4,7		
Cura persones de 75 anys o més	11,1	0,0	0,0	0,0		
Feines de la llar*	14,6	3,7	8,2			
Hores setmanals de feines de la llar					7,4	6,7

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$

Proporció de persones amb depressió i/o ansietat en els darrers 12 mesos segons la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar. Any 2017



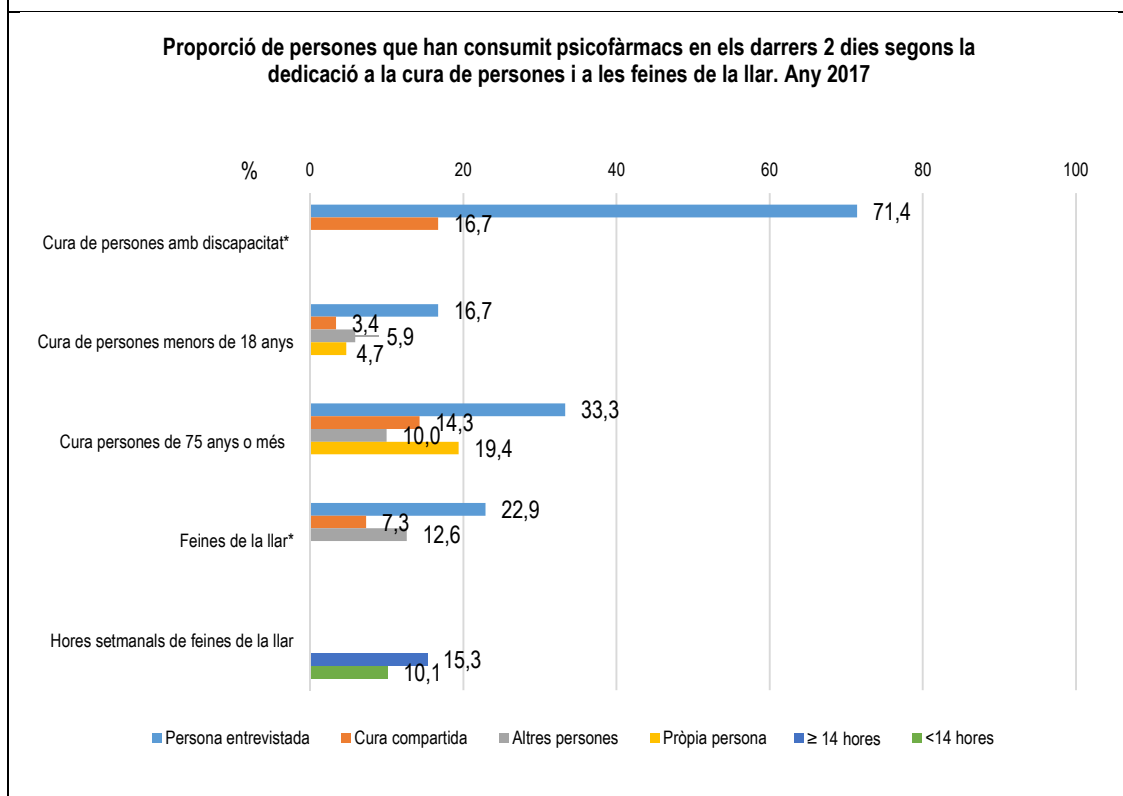
- ➡ La depressió i/o ansietat és més freqüent en les persones que són les principals encarregades de la cura de menors de 18 anys i en les persones encarregades principals de les feines de la llar (tot i les diferències observades en els models de regressió logística no són estadísticament significatives). Tot i que no hi ha diferències estadísticament significatives, els resultats suggereixen que les persones principals encarregades de la cura de persones amb discapacitat i de persones de 75 i més anys, tenen més ansietat i/o depressió.
- ➡ Compartir la cura de menors de 18 anys i les tasques de la llar s'associa a menys freqüència de depressió i/o ansietat respecte a aquelles persones que són les úniques encarregades d'aquesta cura o tasques, independentment de l'edat de la persona.
- ➡ Que la principal cuidadora sigui una altra persona s'associa a més depressió i/o ansietat que compartir la cura sobretot dels menors de 18 anys i també que compartir les feines de la llar, independentment de l'edat de la persona.

7.2.4.1.3 Consum de psicofàrmacs

- Definició: Proporció de persones que han consumit psicofàrmacs (antidepressius o medicaments per dormir o tranquil·litzants, sedants) en els darrers 2 dies
- Càlcul: Nombre de persones que han consumit psicofàrmacs (antidepressius o medicaments per dormir o tranquil·litzants, sedants) en els darrers 2 dies / Total de persones que viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació")
- Font: ESCA

%	PERSONA PRINCIPAL ENCARREGADA				HORES SETMANALS DE DEDICACIÓ	
2017	<i>Persona entrevistada</i>	<i>Cura compartida</i>	<i>Altres persones</i>	<i>Pròpia persona</i>	<i>≥ 14 hores</i>	<i><14 hores</i>
Cura de persones amb discapacitat*	71,4	16,7	0,0	0,0		
Cura de persones menors de 18 anys	16,7	3,4	5,9	4,7		
Cura persones de 75 anys o més	33,3	14,3	10,0	19,4		
Feines de la llar*	22,9	7,3	12,6			
Hores setmanals de feines de la llar					15,3	10,1

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$



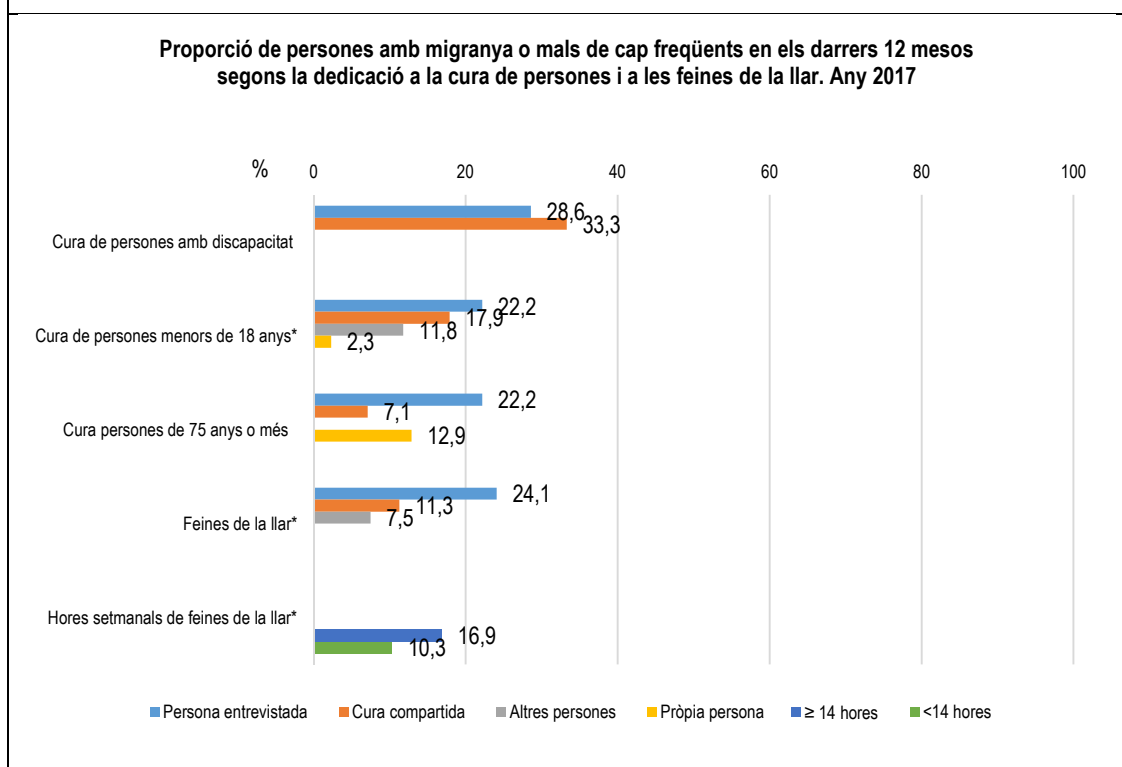
- ➡ Les persones principals encarregades de la cura de persones amb discapacitat consumeixen psicofàrmacs (antidepressius o medicaments per dormir o tranquil·litzants, sedants) amb molta més freqüència, així com aquelles principals encarregades de les feines de la llar. Aquestes diferències, però, no són estadísticament significatives en els models multivariats, per tant l'edat podria estar explicant-les en certa mesura. Els resultats suggereixen una associació similar amb la cura de persones menors de 18 anys i de les de 75 i més anys (en ambdós casos, però, les diferències no són estadísticament significatives).
- ➡ La responsabilitat compartida de les feines de la llar s'associa a menys consum de psicofàrmacs, independentment de l'edat de la persona que fa les feines. Els resultats van en un sentit similar en relació amb la cura compartida de persones amb discapacitat, de menors de 18 anys i de persones de 75 anys i més, tot i que sense ser estadísticament significatius.
- ➡ Que s'encarregui una altra persona de les feines de la llar s'associa a més consum de psicofàrmacs que compartir-ne la responsabilitat, independentment de l'edat de la persona. Aquest resultat podria explicar-se, almenys parcialment, perquè les persones que encarreguen les feines de la llar a altres persones, no poden ocupar-se'n degut a que tenen un problema de salut pel qual han de prendre psicofàrmacs.

7.2.4.1.4 Migranyes o mals de cap freqüents

- Definició: Proporció de persones amb migranya o mals de cap freqüents en els darrers 12 mesos
- Càlcul: Nombre de persones que declaren haver patit migranya o mals de cap freqüents en els darrers 12 mesos / Total de persones que viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació")
- Font: ESCA

%	PERSONA PRINCIPAL ENCARREGADA				HORES SETMANALS DE DEDICACIÓ	
2017	<i>Persona entrevistada</i>	<i>Cura compartida</i>	<i>Altres persones</i>	<i>Pròpia persona</i>	<i>≥ 14 hores</i>	<i><14 hores</i>
Cura de persones amb discapacitat	28,6	33,3	0,0	0,0		
Cura de persones menors de 18 anys*	22,2	17,9	11,8	2,3		
Cura persones de 75 anys o més	22,2	7,1	0,0	12,9		
Feines de la llar*	24,1	11,3	7,5			
Hores setmanals de feines de la llar*					16,9	10,3

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$



- ➡ Les persones que són les encarregades principals de la cura de persones menors de 18 anys tenen amb més freqüència migranya o mals de cap freqüents, seguides de prop per les que en fan la cura compartida amb altres persones. També és més freqüent aquest problema de salut en les persones encarregades principals de les feines de la llar i aquelles que s'hi dediquen 14 hores o més a la setmana. En el cas de la cura de persones de 75 o més anys els resultats no són estadísticament significatius, però van en el mateix sentit.
- ➡ Compartir les feines de la llar i que l'encarregada principal d'aquestes tasques sigui una altra persona, s'associa a menor freqüència de migranya o mals de cap freqüents, independentment de l'edat de la persona.

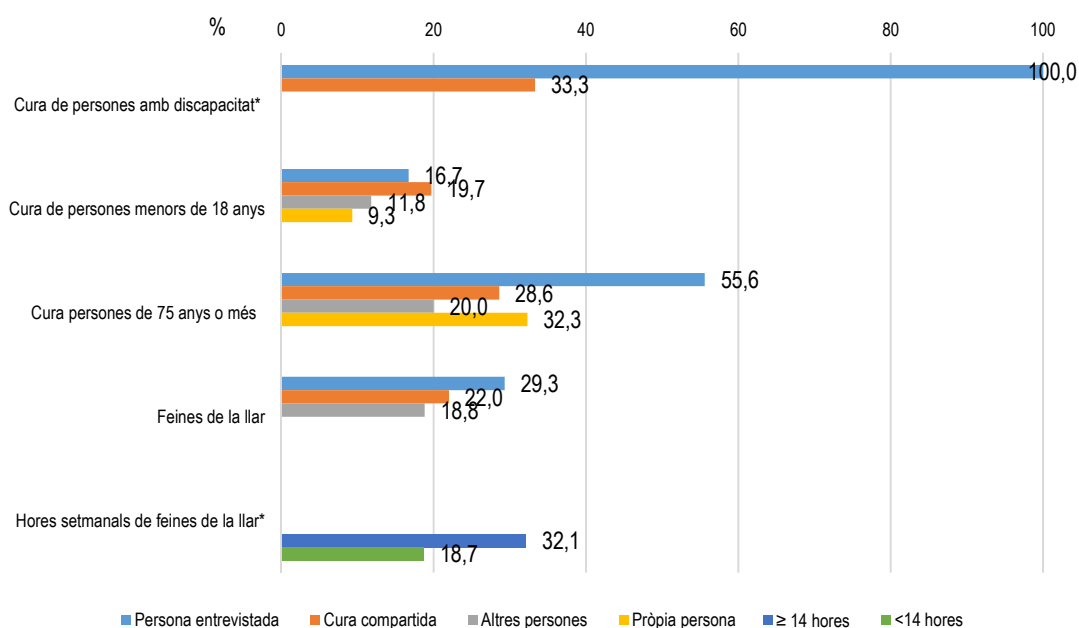
7.2.4.1.5 Mal d'esquena crònic

- Definició: Proporció de persones amb mal d'esquena crònic (cervical, dorsal o lumbar) en els darrers 12 mesos
- Càlcul: Nombre de persones que declaren haver patit mal d'esquena crònic (cervical, dorsal o lumbar) en els darrers 12 mesos / Total de persones que viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació")
- Font: ESCA

%	PERSONA PRINCIPAL ENCARREGADA				HORES SETMANALS DE DEDICACIÓ	
2017	<i>Persona entrevistada</i>	<i>Cura compartida</i>	<i>Altres persones</i>	<i>Pròpia persona</i>	<i>≥ 14 hores</i>	<i><14 hores</i>
Cura de persones amb discapacitat*	100,0	33,3	0,0	0,0		
Cura de persones menors de 18 anys	16,7	19,7	11,8	9,3		
Cura persones de 75 anys o més	55,6	28,6	20,0	32,3		
Feines de la llar	29,3	22,0	18,8			
Hores setmanals de feines de la llar*					32,1	18,7

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$

Proporció de persones amb mal d'esquena crònic en els darrers 12 mesos segons la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar. Any 2017



- ➡ Les persones cuidadores principals de persones amb discapacitat tenen més mal d'esquena crònic (cervical, dorsal o lumbar). En canvi, compartir-ne la cura s'associa a menys mal d'esquena. Tot i que el nombre de persones en aquesta situació és baix (n=24) i que, probablement per aquest motiu, els models multivariats no mostren significació estadística, cal destacar que totes elles tenen aquest problema de salut. Pel que fa a les feines de la llar, les persones que hi dediquen 14 o més hores a la setmana tenen més mal d'esquena crònic. Les persones principals encarregades de la cura de persones de 75 i més anys també presenten més mal d'esquena, tot i que en aquest cas les diferències no són estadísticament significatives.

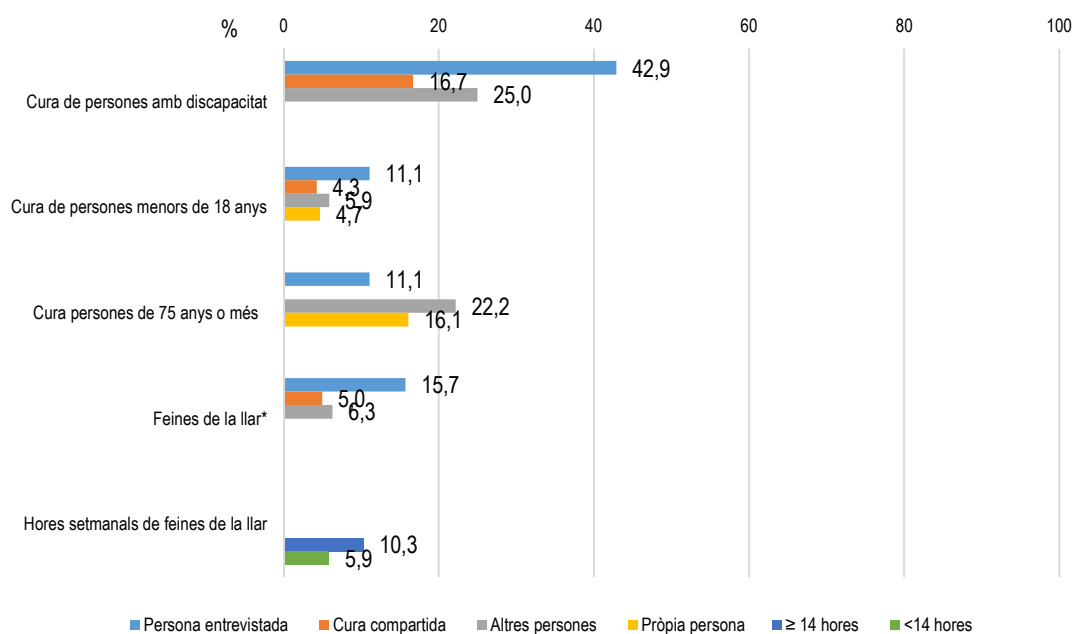
7.2.4.1.6 Hores de son diàries

- Definició: Proporció de persones que dormen menys de 6 hores diàries
- Càlcul: Nombre de persones que declaren dormir menys de 6 hores diàries / Total de persones que viuen en llars amb cadascuna de les diferents necessitats de treball de cura o domèstic i s'hi dediquen amb diferent grau de responsabilitat ("persona principal encarregada") o durant cert nombre d'hores ("hores setmanals de dedicació")
- Font: ESCA

%	PERSONA PRINCIPAL ENCARREGADA				HORES SETMANALS DE DEDICACIÓ	
2017	<i>Persona entrevistada</i>	<i>Cura compartida</i>	<i>Altres persones</i>	<i>Pròpia persona</i>	<i>≥ 14 hores</i>	<i><14 hores</i>
Cura de persones amb discapacitat	42,9	16,7	25,0	0,0		
Cura de persones menors de 18 anys	11,1	4,3	5,9	4,7		
Cura persones de 75 anys o més	11,1	0,0	22,2	16,1		
Feines de la llar*	15,7	5,0	6,3			
Hores setmanals de feines de la llar					10,3	5,9

Nota: *=diferències estadísticament significatives amb $p \leq 0,05$

Proporció de persones que dormen menys de 6 hores diàries segons la dedicació a la cura de persones i a les feines de la llar. Any 2017



- ➡ La dedicació a les feines de la llar com a persona encarregada principal s'associa a dormir menys de 6 hores diàries, mentre que compartir la dedicació o que se'n encarregui una altra persona s'associa a dormir més hores (tot i que pel darrer cas, que se'n encarregui una altra, els models multivariats no mostren significació estadística). La responsabilitat principal de la cura de persones amb discapacitat i de persones menors de 18 anys, així com la dedicació de 14 o més hores setmanals a les feines de la llar presenten una associació similar, tot i que no és estadísticament significativa en cap dels tres casos.

8 CONCLUSIONS

8.1 TREBALL REMUNERAT

8.1.2 Estructura econòmica, característiques de la població i condicions d'ocupació

El 2017 hi ha hagut una millora en termes generals del mercat de treball (més ocupació, menys atur), però han empitjorat alguns indicadors de qualitat del treball. Ha crescut el nombre d'empreses, però han disminuït les petites.

El 2017 hi havia una mitjana de 815.700 persones en situació activa. Els grups amb menys població activa són les persones de 16 a 24 anys, les majors de 54 anys, les dones, les de menor nivell d'estudis i les de nacionalitat estrangera. Enguany l'activitat ha augmentat més en les de menor nivell d'estudis i les estrangeres i per contra ha disminuït en les dones i les majors de 54 anys.

Globalment ha augmentat el nombre d'empreses, però segueixen disminuït les indústries manufactureres i les llars que ocupen personal domèstic. Contràriament destaca l'augment del sector de la informació i comunicacions i també de la construcció. El 2017 han disminuït les empreses petites (1-10 persones) i el nombre de persones que hi treballen, mentre que han augmentat els dos indicadors en les empreses de 11 a 100 persones.

L'ocupació ha crescut en la majoria dels grups analitzats (hi va haver una mitjana de 726.550 persones ocupades), destacant l'increment en els homes, les persones sense formació o amb estudis primaris i les de nacionalitat estrangera. Per contra ha disminuït en les majors de 54 anys i les que tenen estudis secundaris.

Ha disminuït la taxa d'atur en ambdós sexes i tots els grups d'edat excepte en les persones de 16 a 24 anys. La disminució més important ha estat en les dones i les persones majors de 54 anys. L'atur de llarga durada s'incrementa amb l'edat i és superior en les dones. Enguany ha disminuït en ambdós sexes i en tots els grups d'edat, destacant els homes més grans i les dones més joves. S'ha incrementat, però, la proporció de persones en atur sense cobertura econòmica.

La temporalitat (proporció de persones assalariades amb contracte temporal) s'ha incrementat en ambdós sexes, però molt lleugerament en les homes i de manera destacada en les dones. Pel que fa als nous contractes signats durant l'any, tot i que els temporals han continuat sent els més freqüents, han disminuït en ambdós sexes, però han augmentat lleugerament en les persones més joves i en les més grans. Els contractes de menys d'un mes, que són els més freqüents, han augmentat.

La jornada a temps parcial és més freqüent en les dones i enguany ha augmentat en elles i disminuït lleugerament en els homes.

Pel que fa al salari mitjà, l'any 2016 va augmentar en tots els grups analitzats excepte els homes majors de 44 anys i les dones menors de 25 anys, en què va disminuir. Destaca l'increment del salari mitjà de les jornades a temps parcial, especialment en els homes. En comparar ambdós sexes s'observa que el salari mig de les jornades parcials ha estat lleugerament superior en les dones (2,0%), mentre que el salari dels homes amb jornada a temps complert ha estat un 18,2% superior al de les dones.

8.1.3 Desigualtats en el mercat de treball i les condicions d'ocupació

El 2017 s'han incrementat les desigualtats de gènere en el mercat laboral de la ciutat. Les persones treballadores més joves i les més grans han tingut una evolució més desfavorable que les d'edats intermèdies, sobretot les més grans, en què destaca l'atur de llarga durada en les dones i la sortida del mercat de treball d'aquest grup d'edat.

Els indicadors analitzats mostren que tant la situació en el mercat laboral com les condicions d'ocupació han evolucionat de manera més desfavorable per a les dones. Així, tot i que la taxa d'atur ha disminuït més en les dones que els homes i la diferència entre uns i altres ha minvat, continua sent més alta en elles, i a més en les dones ha disminuït l'activitat, a diferència dels homes en què ha augmentat. I l'ocupació, que ha augmentat en ambdós sexes, ho ha fet en major magnitud en els homes. Els resultats suggereixen que la disminució de l'atur en les dones no s'ha traduït en més ocupació (com si sembla que ha ocorregut en les homes) sinó que han abandonat el mercat de treball. A més, l'atur de llarga durada, tot i disminuir, ho ha fet menys en les dones, sobretot en les més grans, en què segueix sent el grup amb més atur de més d'un any de durada. Pel que fa a les condicions d'ocupació, la temporalitat s'ha incrementat més en les dones que en els homes i el treball a temps parcial, que és més freqüent en elles, s'ha incrementat, contràriament als homes en què, tot i que lleugerament, ha disminuït. L'evolució dels salaris depèn del grup d'edat i el tipus de jornada, però destaca la superior remuneració dels homes que treballen en jornada completa respecte les dones amb el mateix tipus de jornada (18,2% més).

En relació a l'edat, els indicadors més favorables han estat els de les persones de 25 a 54 anys, mentre que les més joves i les més grans han evolucionat de manera més negativa, sobretot aquestes darreres, en què si bé la taxa d'atur ha disminuït de manera molt marcada, és l'únic grup en què ha disminuït l'ocupació i també l'activitat, indicant una sortida del mercat de treball de les persones d'aquest grup. Així mateix, en les persones de més edat l'atur de llarga durada ha disminuït però segueix sent el grup en què n'hi ha més, sobretot en les dones. D'altra banda, la proporció de contractes temporals signats durant l'any ha augmentat en les persones assalariades d'aquesta edat. Pel que fa a les persones més joves, s'ha incrementat l'ocupació, però també ho ha fet l'atur, de fet és l'únic grup en què s'ha incrementat la taxa d'atur, mentre que en les assalariades ha augmentat la proporció de nous contractes temporals.

Quant a altres eixos de desigualtat com el nivell de formació i la nacionalitat, els resultats, tot i que es disposa de pocs indicadors, suggereixen un lleuger increment en el primer cas i una lleugera disminució en el segon, en relació a la posició en el mercat de treball. Així, ha augmentat l'ocupació en les persones amb menys nivell d'estudis i també en les de més, però ha augmentat la diferència entre unes i altres. També ha augmentat l'activitat en ambdós grups però més en les primeres, el que suggereix un increment en l'atur d'aquestes. En canvi, ha augmentat més l'ocupació en les persones estrangeres i també l'activitat, que ha disminuït en les espanyoles.

8.1.4 Estat de salut i recursos per a la prevenció

Enguany ha disminuït la incidència de totes les LAT i la de les MP amb baixa, mentre que ha augmentat la de les MP sense baixa i sobretot la de les MRT, la més alta de tot el període analitzat. Les LAT in itinere segueixen sent les lesions greus i mortals més freqüents, mentre que han augmentat les malalties de tipus ansiós-depressiu relacionades amb el treball.

Les LAT mortals i greus han disminuït, assolint la incidència més baixa de tot el període analitzat. Sobretot han disminuït en ocupacions manuals. Les lesions mortals i greus per accidents *in itinere* segueixen sent les més freqüents i les *in itinere* han estat les úniques mortals que han augmentat (de 7 a 8) (concretament en homes manuals). Les lesions no traumàtiques en jornada són les úniques LAT greus que han augmentat, tot i que lleugerament (d'11 a 13). Aquest augment s'ha produït en homes i en ocupacions no manuals. També les LAT no traumàtiques en jornada mortals han augmentat en ocupacions no manuals (d'1 a 3).

Les MPB han disminuït en ambdós sexes i ocupacions. Les malalties del sistema musculoesquelètic (malalties per fatiga de beines tendinoses i per paràlisi dels nervis deguda a pressió), que són les més freqüents, són les que han disminuït més. L'únic grup que ha augmentat són les malalties per agents químics, concretament s'han incrementat en els homes

i les ocupacions manuals. Cal esmentar que enguany no s'ha declarat cap MPB per agents carcinògens, en canvi si que se'n van notificar 4 sense baixa.

El 2017 han augmentat les MRT. Ho han fet en ambdós sexes i tant en ocupacions manuals com no manuals. Els trastorns mentals i del comportament (bàsicament de tipus ansiós i depressiu), que són els més freqüents, han augmentat en tots els grups però sobretot en els homes. Els trastorns musculoesquelètics, que són els segons en freqüència, han augmentat en les dones i les ocupacions manuals i disminuït en els homes.

Ha disminuït la capacitat de fer complir la legislació de salut i prevenció de riscos laborals, atès que s'ha reduït el personal inspector i ha augmentat la població ocupada.

8.2 TREBALL DE CURA I DOMÈSTIC NO REMUNERAT

8.2.2 Característiques generals

Prop de tres quartes parts de les persones residents a Barcelona viuen en llars amb necessitats de treball de cura i treball domèstic, un 12% de les quals són llars monoparentals.

Més d'un milió de persones residents a Barcelona (1.080.802 segons l'Enquesta de salut de Catalunya de 2017) viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic, el que correspon al 71,2% de les persones residents a la ciutat. Les dones, les persones de 25 a 64 anys, les espanyoles, les que tenen educació secundària i les que treballen són els grups amb major nombre de població que viu en llars en què s'ha de realitzar treball de cura i domèstic. Els tipus de llar més freqüents entre les persones viuen en llars amb necessitats de treball de cura i domèstic són les de parella amb fills i parella sense fills (la meitat i una tercera part, respectivament), mentre que les llars monoparentals són el 12%.

8.2.3 Dedicació al treball de cures i a les feines de la llar

La cura de persones amb discapacitat és la tasca de cura que amb més freqüència n'és responsable principal una única persona. La responsabilitat principal del treball no remunerat (de cures i domèstic) recau en les dones, les persones nascudes a l'estranger, les que no tenen estudis o tenen estudis primaris i les dedicades a les feines de la llar. Cal destacar la dedicació de les persones majors de 64 anys al treball no remunerat, sobretot a les tasques domèstiques.

La tasca de cura de la qual n'és responsable principal una única persona amb major freqüència és la cura de persones amb discapacitat (29,6% de les persones que viuen en llars amb persones amb una discapacitat), seguida de la cura de les persones de 75 o més anys (14,2% de les persones que viuen en llars amb persones d'aquesta edat), mentre que la cura de menors de 18 anys és la que en menor freqüència se n'encarrega només una persona (8,5% de les persones que conviuen amb persones d'aquesta edat). A les feines de la llar s'hi dedica principalment una sola persona en el 15,2% dels casos i en són una quarta part les persones que hi dediquen 14 hores setmanals o més.

Les dones, les persones nascudes a l'estranger, les que no tenen estudis o tenen estudis primaris i les dedicades a les feines de la llar, són els grups que amb major freqüència són responsables principals del treball de cura i domèstic no remunerat, i en aquest darrer cas també són les que hi dediquen més hores. Cal destacar, també, que les persones majors de 64 anys és el grup d'edat que amb més freqüència és responsable principal de les feines de la llar i un dels que més hores hi dedica; a més, tot i que les diferències amb els altres grups d'edat no són estadísticament significatives, els resultats suggereixen que amb més freqüència són les principals responsables de la cura de persones amb discapacitat i també de la cura de persones majors de 75 anys. D'altra banda, les persones de 25 a 64 anys amb més freqüència són les

^v Les persones que viuen en llars unipersonals, llars sense nucli o altres tipus de llars han estat excloses

principals responsables de la cura dels menors de 18 anys i un dels grups que dedica més hores a les tasques domèstiques. Finalment, les persones en atur són les que amb més freqüència es responsabilitzen de la cura dels menors de 18 anys i de les persones amb discapacitat (en aquests darrer cas, però, les diferències amb les persones en altres situacions laborals no són estadísticament significatives).

8.2.4 Estat de salut

Ser la principal persona responsable del treball de cures i domèstic s'associa a una pitjor salut, sobretot mental, i també en la major part de casos amb altres indicadors de salut com patir migranya o mals de cap freqüents i dormir 6 hores o menys al dia. L'associació és més consistent en relació a les tasques de la llar, seguida de la cura de persones amb discapacitat. En canvi, compartir el treball domèstic i de cura s'associa a millor salut.

La salut mental s'associa al treball de cura i domèstic no remunerat. Ser la persona encarregada principal d'ambdues tasques s'associa a tenir menys benestar mental, més depressió i/o ansietat i a més consum de psicofàrmacs, mentre que compartir la cura i les tasques de la llar s'associa a més benestar mental, menys consum de psicofàrmacs, i en la cura de menors de 18 anys i la dedicació a les feines de llar, també s'associa a menys ansietat i/o depressió. Quan l'encarregada principal de la tasca de cura (excepte per la cura de les persones de 75 i més anys) o de les feines de la llar és una altra persona, també s'associa a millor benestar mental.

Tenir migranya o mals de cap freqüents i dormir menys de sis hores diàries és més freqüent en les persones que són principals cuidadores (tot i que l'associació i el nivell de significació estadística depèn del tipus de cura analitzat), així com en les que s'ocupen de les tasques de la llar com a responsables principals i les que dediquen més de 14 hores setmanals a les tasques domèstiques. En ambdós indicadors de salut, compartir les tasques de la llar o que l'encarregada principal d'aquestes sigui una altra persona, s'associa a una millor situació (menys migranya o mals de cap freqüents i més hores de son). El mal d'esquena crònic és més freqüent en les persones cuidadores principals de les persones amb discapacitat (mentre que la cura compartida en disminueix la freqüència) i en les que dediquen més de 14 hores la setmana a les tasques de la llar.

L'associació més consistent de la salut amb el treball no remunerat és amb les tasques de la llar, de manera que ser la persona responsable principal d'aquesta feina s'associa a una pitjor situació en tots els indicadors de salut analitzats, excepte el mal d'esquena crònic. A més, compartir la dedicació s'associa a millor salut en tots els casos (excepte també en relació al mal d'esquena crònic) i en la major part igualment s'associa al fet que la persona responsable d'aquestes tasques sigui una altra. De manera complementària, treballar en feines domèstiques més de 14 hores a la setmana s'associa també a pitjor salut [als tres indicadors no mentals (migranyes o mal de caps freqüents, mal d'esquena crònic i dormir 6 hores o menys al dia, tot i que en aquest darrer cas l'associació no arriba a ser estadísticament significativa) i a la manca de benestar mental].

La cura de persones amb discapacitat i la de menors de 18 anys s'associen a bona part dels indicadors de salut analitzats, destacant l'elevada freqüència de manca de benestar mental, consum de psicofàrmacs i mal d'esquena crònic en les persones responsables principals de la cura de les persones amb discapacitat. En ambdós casos (cura de menors i de persones amb discapacitat), compartir-ne la cura o que la persona principal encarregada sigui una altra s'associa a millor benestar mental. Pel que fa a la cura de persones de 75 o més anys, els resultats indiquen que ser la persona principal encarregada de la seva cura s'associa a una pitjor situació en tots els indicadors de salut analitzats excepte dormir poques hores, tot i que els resultats no han estat en cap cas estadísticament significatius probablement degut al baix nombre de persones que conviuen amb persones d'aquesta edat.

9 RECOMANACIONS

9.1 RECOMANACIONS PER A L'ACCIÓ

- Tenir en compte la distribució del nombre de treballadors i treballadores segons la grandària de l'empresa en les estratègies públiques d'actuació en prevenció de riscos laborals.
- Incentivar la permanència en el mercat de treball de les persones majors de 54 anys juntament amb mesures d'increment de l'ocupació.
- Implementar mesures adreçades a disminuir l'atur de llarga durada (sobretot en les persones majors de 54 anys) i a cobrir les necessitats econòmiques de les persones aturades que no reben prestacions econòmiques.
- Atendre les necessitats en salut de les persones en atur de llarga durada i de les que no reben prestacions econòmiques.
- Tenir en compte tres col·lectius en la prioritització de mesures adreçades a la millora de les condicions d'ocupació que tenen impacte en la salut:
 - Dones: mesures adreçades a augmentar l'ocupació, la retenció en el mercat de treball, disminuir l'atur de llarga durada (sobretot en les majors de 54 anys), incrementar la contractació estable, disminuir les jornades parcials (no voluntàries) i equiparar salaris amb els homes.
 - Persones majors de 54 anys: mesures adreçades a augmentar l'ocupació, la retenció en el mercat de treball, disminuir l'atur de llarga durada (sobretot de les dones), incrementar la contractació estable.
 - Persones menors de 25 anys: mesures adreçades a disminuir l'atur i incrementar la contractació estable.
- Implementar intervencions adreçades a la disminució de les LAT *in itinere* greus i mortals. Valorar l'àmbit d'actuació metropolitana per dur-ho a terme.
- Implementar mesures adreçades a disminuir l'exposició als riscos psicosocials.
- Incrementar el personal inspector de treball o valorar mesures complementàries per garantir l'acció inspectora en tot l'àmbit de la ciutat.
- Valorar la prioritització dels següents col·lectius a l'hora de dissenyar intervencions per a la millora de la salut relacionada amb el treball no remunerat: dones, persones nascudes a l'estranger, persones sense estudis o amb estudis primaris i persones amb situació laboral de feines de la llar. Definir estratègies específiques per augmentar la sensibilització per a la detecció d'aquests col·lectius i les seves necessitats en relació al treball no remunerat.
- Incentivar la cura compartida així com la responsabilitat compartida del treball domèstic.
- Donar suport al treball de cura i domèstic (sobretot aquest darrer) de les persones majors de 64 anys que en són responsables principals.
- Augmentar els recursos públics per a la cura de persones amb necessitats especials de cura (sobretot persones amb discapacitat i menors de 18 anys).

- Valorar la possibilitat de destinar recursos públics al suport de les feines domèstiques en aquelles persones que en són les responsables principals.
- Atendre la salut, sobretot mental, de les persones que són les principals responsables del treball de cura i domèstic no remunerat, especialment de les tasques domèstiques i la cura de persones amb discapacitat.
- Valorar els riscos ergonòmics en les persones que són les principals responsables de la cura de persones amb discapacitat i augmentar la detecció de trastorns musculoesquelètics.

9.2 RECOMANACIONS PER A LA INFORMACIÓ, LA VIGILÀNCIA I LA RECERCA

- Ampliar els indicadors analitzats en el present informe i en general en l'anàlisi de la salut i el treball remunerat a Barcelona, concretament:
 - Incorporar altres indicadors de la salut relacionada amb el treball remunerat a partir d'enquestes de salut.
 - Valorar l'obtenció d'informació sobre exposició a riscos laborals a partir d'enquestes de salut i de condicions de treball.
- Aprofundir en el coneixement de les LAT no traumàtiques en jornada greus i mortals.
- Fer una estimació de les malalties relacionades amb el treball que podrien ser possibles malalties professionals.
- Aprofundir en el coneixement de les causes de la manca de detecció de malalties professionals per exposició a agents cancerígens i fer una estimació del nombre.
- Aprofundir en el coneixement dels riscos laborals del treball de cura i domèstic no remunerat i el seu impacte en la salut.
- Augmentar la recollida sistemàtica d'informació sobre el treball de cura i domèstic, per exemple incorporant més preguntes en les enquestes de salut o consolidant les enquestes específicament orientades a l'anàlisi dels usos del temps.

10 REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D., E, R.-P., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., García, A., & Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science & Medicine*, 68, 1866–74.
- Arcas, M. M., Novoa, A. M., & Artazcoz, L. (2013). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, 23(5), 883–8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095>
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 Suppl 2, ii39–45. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>
- Artazcoz, L., Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, F., Escribà-Agüir, V., & Borrell, C. (2013). Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *European Journal of Public Health*, 24(4), 649–655. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt170>
- Bambra, C., & Eikemo, T. a. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(2), 92–8. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077354>
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2014). *Employment, Work and Health Inequalities: A Global Perspective*. Barcelona: Icaria. Retrieved from http://www.icariaeditorial.com/pdf_libros/Employmentweb_low.pdf.
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Indicators for Occupational Health Surveillance. *MMWR*, 56(RR-1), 1–7.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organisation. <https://bit.ly/2DXnscN>.
- Cylus, J., Glymour, M. M., & Avendano, M. (2014). Do Generous Unemployment Benefit Programs Reduce Suicide Rates ? A State Fixed-Effect Analysis Covering 1968 – 2008. *American Journal of Epidemiology*, 180(1), 45–52. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu106>
- Domingo-Salvany, A., Bacigalupe, A., Carrasco, J., Espelt, A., Ferrando, J., & Borrell, C. (2013). Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 263–272.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51, 931–9.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2003). *A review and analysis of a selection of OSH monitoring systems*. Luxembourg.
- Ferrarini, T., & Sjöberg, O. (2010). Social policy and health: transition countries in a comparative perspective. *International Journal of Social Welfare*, 19, S60–S88. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2010.00729.x>
- Gálvez, L., & Rodríguez, P. (2012). La desigualdad de género en las crisis económicas. *Investigaciones Feministas*, 2, 113–132.

- García, A., & Gadea, R. (2008). Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. *Atención Primaria*, 40(9), 439–46.
- García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. (IMSERSO, Ed.) (Colección). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Gil Araujo, S., & González-Fernández, T. (2014). International migration, public policies and domestic work Latin American migrant women in the Spanish domestic work sector. *Women's Studies: International Forum*, 46, 13–23.
- Gore, G. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157–165.
- Kümmerling, A., & Lehndorff, S. (2014). *The use of working time-related crisis response measures during the Great Recession*. Geneva: International Labour Office.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 327–332. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011148>
- Lippel, K. (1999). Workers' compensation and stress: Gender and access to compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(1), 79–89. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(98\)00019-3](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(98)00019-3)
- Marmot, M., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337, 1387–93.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.
- Moortel, D. De, Vandenheede, H., Muntaner, C., & Vanroelen, C. (2014). Structural and intermediary determinants of social inequalities in the mental well-being of European workers : a relational approach. *BMC Public Health*, 14, 938.
- Mutari, E., & Figart, D. M. (2001). Europe at a Crossroads: Harmonization, liberalization, and the gender of work time. *Social Politics*, 8, 36–64.
- Naldini, M., & Jurado, T. (2013). Family and Welfare State Reorientation in Spain and Inertia in Italy from a European Perspective. *Population Review*, 52(1), 43–61.
- O'Campo, P., Molnar, A., Ng, E., Renahy, E., Mitchell, C., Shankardass, K., ... Muntaner, C. (2015). Social welfare matters : A realist review of when , how , and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine*, 132, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.025>
- Pérez, A., Roqué, M., Domènech, S., Monteserín, R., Soriano, N., Blancafort, X., ... López, M. (2015). Efficacy of Memory Training in Healthy Community-Dwelling Older People: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *BMC Geriatrics*, 15, 113.
- Plantenga, J., & Chantal, R. (2007). *The gender pay gap. Origins and policy responses. A comparative review of thirty European countries*. Luxembourg. European Commission. <https://bit.ly/2DYQCII>.
- Rantanen, J., Kauppinen, T., Toikkanen, J., Kurppa, K., Lehtinen, S., & Leino, T. (2001). *Work and Health Country Profiles. Country profiles and National Surveillance indicators in occupational health and safety*. Copenhagen.
- Recio, A., Parella, S., Pajares, M., & Sabad, M. (2007). *Immigració i mercat de treball a Barcelona*. (Consell Econòmic i Social de Barcelona & Fundació Jaume Bofill, Eds.). Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

- Redman, T., & Snape, E. (2006). The consequences of perceived age discrimination amongst older police officers: is social support a buffer? *British Journal of Management*, 17, 167–75.
- Roca Roger, M., Úbeda Bonet, I., Fuentelsaz Gallego, C., López Pisa, R., Pont Ribas, A., García Viñets, L., & Pedreny Oriol, R. (2000). Impacto Del Hecho de Cuidar En La Salud de Los Cuidadores Familiares. *Atención Primaria*, 26, 217–23.
- Roth, D., Fredman, L., & Haley, W. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55, 309–319.
- Salvador-Piedrafita, M., Artazcoz, L., Bartoll, X., Pasarín, M., & Puig-Barrachina, V. (2018). *Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars*. Agència de Salut Pública de Barcelona. <https://bit.ly/2PekSRH>.
- Salvador-Piedrafita, M., Malmusi, D., & Borrell, C. (2017). Time Trends in Health Inequalities due to Care in the Context of the Spanish Dependency Law. *Gaceta Sanitaria*, 31, 11–17.
- Schenker, M. B. (2010). A Global Perspective of Migration and Occupational Health. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4), 329–37.
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. <https://bit.ly/2KRdOK6>.
- Stansfeld, S., Head, J., & Marmot, M. (1997). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 1–9.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63.
- Verbakel, E. (2014). Informal caregiving and well-being in Europe: what can ease the negative consequences for caregivers? *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424–41.
- World Health Organisation. What are social determinants of health? [consultat el 1/9/2018]. Disponible a: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
- World Health Organisation. (2004). *Gender, Health and Work*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organisation. (2017). *Women on the move: migration, care work and health*. Geneva.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Salut i Treball

Connectem
f **t** **y** **in**

www.aspb.cat